

**LA STORIA DI MARCO**  
**Un caso di Disturbo erettile**

## Indice

Il Disturbo erettile – Teoria	5
1. Inquadramento storico e teorico del disturbo	6
2. Quadro sintomatologico	10
2.1 Diagnosi differenziale	14
3. Incidenza e prevalenza	15
4. Strumenti diagnostici	18
4.1 Minnesota Multiphasic Personality Inventory 2 (MMPI-2)	21
4.2 Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis - II (SCID II)	23
4.3 Millon Clinical Multiaxial Inventory - III (MCMI-III)	24
4.4 Eysenck Personality Inventory - R (EPQ-R)	26
4.5 Beck Depression Inventory – II (BDI – II)	26
4.6 State-Trait Anxiety Inventory – forma Y (STAI – Y)	27
4.7 Sexuality Evaluation Schedule Assessment Monitoring (SESAMO)	28
4.8 Indice Internazionale della Funzione Erettile (IIEF)	28
5. Teorie eziopatogenetiche	30
5.1 Il modello psicoanalitico	30
5.2 Il modello psicosomatico	31
5.3 Il modello sistemico-relazionale	32
5.4 Il modello comportamentista	33
5.5 Il modello cognitivo-comportamentale	33
5.6 Il modello metacognitivo	39
6. Principi di trattamento farmacologico	40
7. Principi di trattamento e tecniche psicoterapeutiche	42
7.1 Psicoeducazione	42
7.1.1 Compito delle coppie associate	43
7.1.2 Compito centrato sul corpo	43
7.2 Interventi cognitivi	44
7.2.1 La ristrutturazione cognitiva	44
7.2.2 <i>Training</i> sulle fantasie sessuali	50
7.3 Interventi metacognitivi	51
7.3.1 <i>Attention-Focusing Exercises</i>	51
7.3.2 Il <i>worry management</i>	51

7.3.3	Il <i>training</i> attentivo (ATT – <i>Attention Training Technique</i> )	52
7.4	Interventi comportamentali	55
7.4.1	Esposizioni graduate in vivo	55
7.5	Tecniche di gestione dell'ansia	56
7.5.1	Respirazione diaframmatica	56
7.5.2	<i>Training</i> autogeno	56
7.5.3	Esercizi di immaginazione e visualizzazione	57
7.6	Analisi della dimensione di coppia	58
7.7	<i>Training</i> assertivo	58
7.8	Difficoltà di trattamento	58
8.	Prevenzione delle ricadute	60
9.	Efficacia della terapia	61
	Bibliografia	63
	Sitografia	69
	 Il Disturbo erettile – Clinica	 70
1.	Invio, informazioni generali e aspettative del paziente	71
2.	<i>Assessment</i>	73
2.1	Primo colloquio	73
2.2	Colloqui successivi	75
2.2.1	Profilo evolutivo	76
2.2.2	Storia di vita	77
2.2.3	Struttura e comunicazione intra-familiare	82
2.2.4	Modello di attaccamento	83
2.3	Interviste, test e questionari	84
2.4	Schede di auto-osservazione	90
3.	Diagnosi finale secondo il DSM-5	91
4.	Concettualizzazione del caso clinico	92
5.	Elementi del contratto terapeutico	96
6.	Relazione terapeutica	98
7.	Trattamento	99
7.1	Psicoeducazione	99
7.2	Insegnamento di tecniche di rilassamento	103
7.3	Ristrutturazione cognitiva dei Pensieri Automatici Negativi e delle credenze intermedie	104

7.4 Interventi metacognitivi	108
7.5 Interventi comportamentali	111
7.6 <i>Training</i> assertivo	113
7.7 Ristrutturazione cognitiva delle credenze di base	113
8. Prevenzione delle ricadute	116
9. Esito della terapia e valutazioni psicometriche	118
10. <i>Follow-up</i>	124
Appendice I: Materiale fornito al paziente	125
• Psicoeducazione “Pensiero e reazioni corporee”	127
• Scheda delle manifestazioni psicofisiologiche dell’ansia	128
• Illustrazioni dell’apparato genitale maschile esterno e interno	129
• Psicoeducazione sessuale	130
• Psicoeducazione sul <i>Training</i> Autogeno	151
• Schema della gerarchia del pensiero	155
• Lista dei principali errori di ragionamento	156
• Le tecniche dei <i>counter</i> e delle interpretazioni alternative	161
• Lista dei principali Pensieri Automatici Negativi degli uomini sulla sessualità	164
• Lista delle principali Credenze Intermedie degli uomini sulla sessualità	165
• Lista delle principali Credenze di Base degli uomini	167
• Metafora del latte versato	168
• Scheda del <i>Worry management</i>	169
• Scheda della Focalizzazione Sensoriale	170
• <i>File</i> sull’assertività	174
Appendice II: <i>Homework</i> del paziente	208
• Il Registro del Pensiero: ABC	210
• Registrazione del Pensiero Disfunzionale (RPD) nelle forme a 4 e 6 colonne	211
• Messa in discussione dei Pensieri Automatici Negativi con la tecnica delle alternative	214
• Messa in discussione dei Pensieri Automatici Negativi con la tecnica dei <i>counter</i>	216
• Scheda di sintesi per il <i>Training</i> Attentivo	217
• Esercizio “Presenziare al tuo stesso funerale”	218

## **Il Disturbo erettile - Teoria**

## 1. Inquadramento storico e teorico del disturbo

All'interno del regno animale, l'essere umano è l'unico a poter mantenere l'erezione per un periodo di tempo prolungato, che va al di là del tempo strettamente necessario ad assicurare la funzione riproduttiva. Per la specie animale, infatti, per un problema di sopravvivenza, l'atto dell'accoppiamento è rapido e finalizzato esclusivamente alla perpetuazione della specie: un esempio è rappresentato dal topo, per il quale l'erezione e l'eiaculazione sono due eventi pressappoco simultanei. Nell'essere umano, invece, l'atto sessuale si è gradualmente sganciato dall'esclusiva finalità riproduttiva, assumendo sempre più connotazioni ludiche, voluttuarie e di espressione affettiva.

Sebbene la sessuologia moderna abbia avuto inizio verso la fine del XIX secolo, l'osservazione e lo studio dei fenomeni relativi al sesso hanno assunto da sempre grande importanza: per le antiche civiltà, vista la costante preoccupazione di avere figli, era naturale una grande attenzione ai problemi connessi al concepimento. Si può infatti affermare che l'insufficienza erettile ha rappresentato un problema costante nella storia evolutiva dell'uomo, associato spesso ad un grande senso di umiliazione.

Per i nostri antenati, la fertilità umana, insieme all'agricoltura e alla riproduzione animale, era connessa a rituali religiosi: agli dei del raccolto erano dedicate icone falliche e gli uomini impotenti richiedevano aiuto ai sacerdoti (Beninati, 2010).

Gli antichi Greci si rivolgevano invece alla dea Afrodite, nei cui templi venivano "curati" da sacerdotesse-prostitute gli uomini impotenti (Kaplan, 1974).

Nella Bibbia, l'impotenza è descritta come una punizione divina per l'adulterio (Beninati, 2010): ad esempio, nella Genesi è riportato che Dio punì con l'impotenza Abimelech per aver giaciuto con la moglie di Abramo (Genesis 20:3).

Ippocrate, nel 400 a.C., sostenne che le erezioni erano generate dall'aria (*pneuma*) e dagli *spiriti vitali* che fluivano nel pene, attribuendo l'impotenza a qualsiasi malattia o alterazione dell'equilibrio dei quattro umori (sangue, flegma, bile gialla e bile nera) e dei quattro elementi (terra, aria, fuoco, acqua) (Chadwick & Man, 1987).

La teoria di Ippocrate fu ritenuta attendibile, influenzando il pensiero medico occidentale fino al Rinascimento, quando Leonardo da Vinci notò la presenza dell'erezione negli uomini giustiziati per impiccagione: sezionando il pene di tali uomini, osservò che non era pieno di aria, come fino a quel momento sostenuto, ma piuttosto di sangue (Van Driel, Van de Wiel & Mensink, 1994).

Nel corso della storia, la disfunzione erettile ha influenzato la società provocando l'annullamento dei matrimoni per mancata consumazione e un senso di umiliazione negli uomini impotenti, in

particolare quest'ultimo aspetto rappresentava una forma di controllo sociale da parte della Chiesa Medievale, che iniziò a fare dei veri e propri processi ecclesiastici a questi uomini. Più specificatamente, all'accusato era richiesto di fornire una "prova di sé" esibendo dinanzi ad una giuria composta da teologi, medici ed ostetriche la propria erezione e la propria eiaculazione: molti uomini venivano in questo modo ridicolizzati e umiliati pubblicamente per la propria impotenza. Tali processi furono aboliti solo nel 1677 dall'Alta Corte di Parigi (Darmon, 1986).

Nel 1667 Reiner de Graaf dimostrò che l'erezione in un cadavere poteva essere provocata iniettando acqua nell'arteria iliaca interna (de Graaf, 1667).

Nel 1863 Eckhard, a seguito di sperimentazioni su cani, definì l'erezione come un fenomeno neurovascolare: dimostrò, infatti, che la stimolazione dei nervi pelvici (*nervi erigentes*) provocava l'erezione peniena e l'incremento del flusso sanguigno all'interno del pene (Eckhard, 1863).

Fu nel 1878 che, grazie all'urologo Thomas Curling, per la prima volta l'impotenza fu associata ad alcune patologie veneree e al diabete (Curling, 1878).

Alla fine del 1800, la nascita della psicoanalisi pose l'attenzione sui processi psicologici alla base dell'impotenza, e nel corso del XIX secolo l'attenzione fu posta sui comportamenti sessuali patologici. Sigmund Freud (1856-1939), il padre fondatore della psicoanalisi, spiegò l'impotenza come un complesso edipico non risolto (Freud, 1905), aspetto che sarà approfondito nel capitolo 5 "Teorie eziopatogenetiche" (pag. 30).

Il padre della moderna sessuologia può essere considerato Iwan Bloch che, con l'opera "*Sexualwissenschaft*" (1906), rifiutò sia il concetto di degenerazione che quello freudiano di tendenza originaria dell'istinto sessuale umano alla perversione (Bloch, 1906), dedicandosi all'esame della funzione sessuale normale (Dèttore, 2001).

Nel periodo compreso tra le due guerre, lo studio scientifico della sessualità non ebbe sviluppi rilevanti: sebbene le scuole psicoanalitiche freudiane e neofreudiane in questo periodo scrissero molto, non fu prodotto nulla di carattere scientifico e sperimentale (Dèttore, 2001).

Il primo studio veramente significativo dopo la seconda guerra mondiale fu lo studio Kinsey, condotto da Alfred Charles Kinsey (1894-1956) che, a seguito di numerose interviste su un campione costituito da donne e uomini americani, pubblicò due opere monumentali sul comportamento sessuale dell'uomo (1948) e della donna (1953) che fecero scalpore e rovesciarono tutti i pregiudizi e gli stereotipi sulla sessualità umana, in particolare rispetto alla frequenza della masturbazione, dell'omosessualità, delle relazioni extramatrimoniali e dei rapporti prematrimoniali (Kinsey et al., 1948; 1953).

Quasi contemporaneamente, dal 1954, un medico, William H. Masters, e Virginia E. Johnson, specialista in scienze del comportamento, iniziarono le loro osservazioni in laboratorio sugli aspetti

fisiologici della risposta sessuale, registrando centinaia di episodi di rapporti sessuali. Ciò permise ai due studiosi di comprendere la fisiologia dell'atto sessuale e di definire un programma di trattamento delle varie disfunzioni sessuali, condotto presso l'istituto diretto da entrambi, il "Masters and Johnson Institute" (Dèttore, 2001).

Accanto a Masters e Johnson, altri autori offrirono importanti contributi in questo campo, tra cui la psichiatra Helen Kaplan, la quale propose un programma di trattamento delle varie disfunzioni sessuali basato su tecniche di derivazione comportamentista (alcune delle quali tratte dal lavoro degli stessi Masters e Johnson) affiancate ad una terapia psicoanalitica (Kaplan, 1974; Dèttore, 2001).

In Italia, la terapia sessuale fu introdotta negli anni Settanta e fu dapprima dominio di medici e psicoterapeuti di stampo psicodinamico, per poi approdare alla terapia comportamentale e cognitivo-comportamentale, che offrivano un quadro di riferimento più coerente rispetto alla sua origine americana (Dèttore, 2001).

Il Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM), nelle sue diverse edizioni, ha affrontato e risolto diversamente le problematiche sessuali. Il DSM I (APA, 1952) e il DSM II (APA, 1968) considerano la disfunzione sessuale secondo un modello monofasico, e quindi come un'unità, per cui esiste un solo tipo di disfunzione sessuale a fronte dei diversi modi in cui essa può manifestarsi; nelle prime due edizioni del DSM compare la dicitura diagnostica di *Deviazioni sessuali* all'interno della categoria dei *Disordini della personalità* e, nello specifico, nei *Disturbi di origine psicogena senza una chiara e definita causa tangibile o cambiamento strutturale*. Grazie alle scoperte di Masters e Johnson, nel DSM III (APA, 1980) viene adottato un modello bifasico che distingue tra le *disfunzioni di impotenza-frigidità* (relative alla fase dell'eccitazione) e quelle *orgasmiche-disturbi dell'eiaculazione* (riguardanti la fase dell'orgasmo). Nel DSM III-R (APA, 1987) si fa riferimento al modello trifasico, in seguito alla scoperta della fase del desiderio all'interno del ciclo di risposta sessuale: viene inserito il *Disturbo del desiderio* all'interno del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM). Il DSM IV (APA, 1994) classifica i disturbi legati alla sessualità come *Disturbi psicosessuali* e *Parafilie*: all'interno della categoria dei disturbi psicosessuali troviamo, in linea con il modello trifasico, i *Disturbi dell'eccitamento sessuale* (tra cui la disfunzione erettile), i *Disturbi del desiderio sessuale*, i *Disturbi dell'orgasmo*, oltre ai *Disturbi da dolore sessuale* e alle *Disfunzioni sessuali NAS*. Il focus scientifico della sessuologia viene così spostato sulla comprensione totale del funzionamento sessuale normale, in particolare l'attenzione viene posta sui fattori fisici e psicologici coinvolti nel ciclo di risposta sessuale, sui disturbi sessuali concomitanti alle diverse patologie, sugli sviluppi medico-scientifici

per un miglioramento delle funzioni sessuali, sulle difficoltà relative al desiderio e alla soddisfazione della vita sessuale in tutto l'arco della vita (Leiblum, 2007).

Nel DSM 5 (APA, 2013) viene meno l'importanza attribuita nelle precedenti versioni al ciclo di risposta sessuale per la classificazione dei disturbi sessuali: infatti, la recente letteratura ha dimostrato che la risposta sessuale non è un processo lineare ed uniforme, e che pertanto la classificazione dei disturbi in base alle fasi può essere artificiosa. Il DSM 5 (APA, 2013) unisce le disfunzioni sessuali femminili all'interno della categoria diagnostica del *Disturbo del desiderio sessuale e dell'eccitazione sessuale femminile*; il vaginismo e la dispareunia sono stati invece uniti nella categoria del *Disturbo del dolore genito-pelvico e della penetrazione*. La categoria diagnostica del disturbo dell'orgasmo, che nel DSM IV riguardava entrambi i sessi, è divenuta *Disturbo dell'orgasmo femminile*, e si riferisce quindi attualmente solo alle donne; allo stesso modo, il disturbo del desiderio sessuale ipoattivo, che nel DSM IV si riferiva ad entrambi i sessi, attualmente è riservato solo agli uomini (*Disturbo del desiderio sessuale ipoattivo maschile*). Il disturbo da avversione sessuale e la disfunzione sessuale dovuta ad una condizione medica generale sono stati eliminati e inseriti all'interno delle *Disfunzioni sessuali con altra specificazione*. L'*Eiaculazione precoce* e l'*Eiaculazione ritardata*, inserite nel DSM IV all'interno dei Disturbi dell'orgasmo, nel DSM 5 costituiscono due categorie diagnostiche distinte. È stata abolita la differenziazione tra le disfunzioni sessuali causate da fattori biologici e da fattori psicogeni poiché spesso i due aspetti concorrono all'esordio e al mantenimento del disturbo. Nel DSM-5 tutte le disfunzioni sessuali, eccezion fatta per la *Disfunzione sessuale indotta da sostanze/farmaci*, necessitano ai fini diagnostici di una durata minima di 6 mesi e di criteri di gravità più precisi: ciò dovrebbe consentire una maggiore accuratezza e una riduzione delle sovrastime (APA, 2013).

## 2. Quadro sintomatologico

La disfunzione erettile è la persistente o ricorrente impossibilità di ottenere o di mantenere un'erezione adeguata fino al completamento dell'attività sessuale, cioè fino al coito (APA, 2013).

In questo caso, è compromessa la fase dell'eccitazione del ciclo di risposta sessuale, ovvero quella fase riguardante le sensazioni soggettive di piacere sessuale con le conseguenti modificazioni fisiologiche, che nell'uomo sono principalmente la tumescenza e l'erezione del pene. Caratteristica fondamentale di questo disturbo è che, pur essendo presente il desiderio sessuale e quindi l'eccitazione soggettiva, l'individuo non riesce a raggiungere un'erezione tale da consentire il rapporto sessuale; allo stesso modo, essendo i riflessi erettivi ed eiaculatori dissociati, è possibile, nonostante la disfunzione erettile, raggiungere l'orgasmo. Quindi, le altre fasi del ciclo di risposta sessuale, desiderio e orgasmo, non risultano essere necessariamente compromesse (Kaplan, 1974).

Possono esservi diversi tipi di disfunzione erettile: per alcune persone la difficoltà a raggiungere l'erezione è presente sin dall'inizio dell'esperienza sessuale; per altre può insorgere successivamente e quindi, dopo aver avuto un'adeguata erezione, essa viene persa nel tentativo di penetrazione; altre persone ancora lamentano una perdita di erezione successiva alla penetrazione, e quindi insorta nel corso del rapporto sessuale completo; altri riferiscono di riuscire ad avere l'erezione solo durante la masturbazione o al risveglio. Si è registrato che le erezioni masturbatorie possono venire meno solo molto raramente (APA, 2000).

La disfunzione erettile, quindi, può essere:

- Permanente o primaria: la disfunzione è presente sin dall'inizio dell'esperienza sessuale;
- Acquisita o secondaria: la disfunzione si presenta dopo un periodo di funzionamento normale (APA, 2013).

Con riferimento al contesto in cui la disfunzione si verifica, essa si distingue in:

- Generalizzata: la disfunzione non è limitata a certi tipi di stimolazione, di situazioni o di *partner* ma si presenta in tutti i contesti;
- Situazionale: la disfunzione è limitata ad alcuni tipi di stimolazione, di situazioni o di *partner* (ad esempio nel caso in cui intervenga solo al momento della penetrazione o solo con la propria *partner* o, al contrario, solo nel caso di rapporti extraconiugali) (APA, 2013).

Rispetto ai fattori eziologici, il DSM IV-TR (APA, 2000) distingueva i seguenti sottotipi:

- Dovuta a fattori psicologici: qualora si ritenessero i fattori psicologici aventi un peso maggiore nell'insorgenza, nella gravità, nell'acutizzazione o nel mantenimento del disturbo, a discapito degli aspetti medici generali o delle sostanze;

- Dovuta a fattori combinati: qualora si ritenessero i fattori psicologici coinvolti nell'insorgenza, nella gravità, nell'acutizzazione o nel mantenimento del disturbo, insieme con aspetti di tipo medico o all'assunzione di sostanze che da sole non avrebbero giustificato la disfunzione.

La perdita di erezione può, inoltre, essere totale o parziale. In quest'ultimo caso, l'erezione è presente ma non sufficiente a consentire la penetrazione, questa è la condizione più comune ed è solitamente di natura situazionale (APA, 2000).

Secondo il DSM III-R (APA, 1987), il Disturbo maschile dell'erezione si delinea per la presenza di una delle seguenti condizioni: 1) l'impossibilità, parziale o completa, persistente o ricorrente, di raggiungere o mantenere l'erezione abbastanza a lungo da portare a termine l'attività sessuale, pur in presenza di eccitamento sessuale; 2) la mancanza, persistente o ricorrente, della sensazione soggettiva di eccitazione e di piacere nel corso dell'attività sessuale.

Nel DSM IV (APA, 1994) e nel DSM IV-TR (APA, 2000) l'attenzione viene posta sull'impossibilità dell'erezione tralasciando l'aspetto della sensazione soggettiva di mancata eccitazione, che fa più riferimento ad un quadro di anedonia sessuale ed è classificabile all'interno della categoria diagnostica delle *Disfunzioni Sessuali Non Altrimenti Specificate*.

Nella Figura 1.1 sono riportati i criteri diagnostici per il Disturbo maschile dell'erezione secondo il DSM IV-TR (APA, 2000).

*Figura 1.1. Criteri diagnostici del Disturbo maschile dell'erezione del DSM IV-TR. American Psychiatric Association (APA), 2000, pag. 585-586.*

- A.** Persistente o ricorrente impossibilità di raggiungere, o di mantenere, un'erezione adeguata fino al completamento dell'attività sessuale.
- B.** L'anomalia causa notevole disagio o difficoltà interpersonali.
- C.** La disfunzione dell'erezione non è meglio attribuibile ad un altro disturbo in Asse I (diverso da una Disfunzione Sessuale) e non è dovuto esclusivamente agli effetti fisiologici diretti di una sostanza (per es., una sostanza di abuso, un farmaco) o di una condizione medica generale.

*Specificare il tipo:*

**Tipo Permanente**

**Tipo Acquisito**

*Specificare il tipo:*

**Tipo Generalizzato**

**Tipo Situazionale**

*Specificare:*

**Dovuto a Fattori Psicologici**

**Dovuto a Fattori Combinati**

Nel DSM 5 (APA, 2013) i criteri sono stati ulteriormente rivisitati, come riportato nella Figura 1.2.

*Figura 1.2. Criteri diagnostici del Disturbo erettile del DSM-5. American Psychiatric Association (APA), 2013, pag. 497.*

- A.** L'individuo deve riportare, in tutti o in quasi tutti (circa il 75-100%) i rapporti sessuali (in determinate circostanze situazionali o, se generalizzato, in ogni circostanza), uno dei seguenti sintomi:
1. Marcata difficoltà di ottenere un'erezione durante l'attività sessuale.
  2. Marcata difficoltà nel mantenere l'erezione fino al completamento dell'attività sessuale.
  3. Marcata diminuzione della rigidità erettile.
- B.** I sintomi del Criterio A si sono protratti come minimo per circa 6 mesi.
- C.** I sintomi del Criterio A causano nell'individuo un disagio clinicamente significativo.
- D.** La disfunzione sessuale non è meglio spiegata da un disturbo mentale non sessuale o come conseguenza di un grave disagio relazionale o di altri significativi fattori stressanti e non è attribuibile agli effetti di una sostanza o di un'altra condizione medica.

*Specificare quale:*

**Permanente:** Il disturbo è presente da quando l'individuo è diventato sessualmente attivo.

**Acquisita:** Il disturbo inizia dopo un periodo di funzionamento sessuale relativamente normale.

*Specificare quale:*

**Generalizzata:** Non è limitato a determinati tipi di stimolazione, situazioni o *partner*.

**Situazionale:** Si verifica solo con determinati tipi di stimolazione, situazioni o *partner*.

*Specificare la gravità attuale:*

**Lieve:** Evidenze di un lieve disagio riguardante i sintomi del Criterio A.

**Moderata:** Evidenze di un moderato disagio riguardante i sintomi del Criterio A.

**Grave:** Evidenze di un grave o estremo disagio riguardante i sintomi del Criterio A.

Oltre ai sottotipi specificati in Figura 1.2, il DSM 5 rileva anche l'importanza di altri fattori per l'eziologia e/o il trattamento che possono contribuire, in maniera diversa, a una valutazione

trasversale del disturbo: “1) fattori riguardanti il partner (per es., problemi sessuali del partner, stato di salute del partner); 2) fattori relazionali (per es, scarsa comunicazione, differenze nel desiderio di attività sessuale); 3) fattori di vulnerabilità individuale (per es, un’immagine corporea insoddisfacente, una storia di abuso sessuale o emotivo), comorbidità psichiatrica (per es, depressione, ansia), o fattori stressanti (per es, perdita del lavoro, lutto); 4) fattori culturali o religiosi (per es, inibizioni legate a divieti riguardanti l’attività sessuale o il piacere, atteggiamenti verso la sessualità); e 5) fattori medici rilevanti per la prognosi, il decorso o il trattamento.” (American Psychiatric Association, *DSM-5 Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, Raffaello Cortina, Milano, 2014, pag. 493-494). Ciascuno di questi cinque fattori può contribuire in maniera diversa alla manifestazione sintomatica in ogni singolo individuo.

## 2.1 Diagnosi differenziale

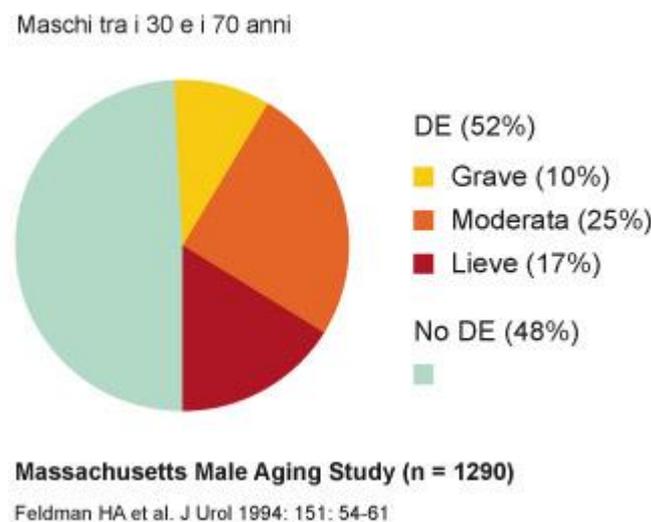
Il Disturbo erettile deve essere distinto da:

- Disfunzione sessuale dovuta a condizione medica generale: qualora si ritenga, a seguito di accurati approfondimenti diagnostici, che la disfunzione erettile sia causata esclusivamente da una patologia organica (es., diabete mellito, sclerosi multipla, insufficienza renale, lesione al midollo spinale, ecc.);
- Disfunzione sessuale indotta da sostanze: l’insorgenza del problema di erezione è secondaria all’uso di sostanze o farmaci e pertanto scompare alla sospensione o alla riduzione delle dosi;
- Disturbi mentali non sessuali: la disfunzione erettile è attribuibile ad un altro disturbo in Asse I (Disturbo depressivo maggiore, Disturbo ossessivo-compulsivo) e pertanto non viene fatta diagnosi aggiuntiva di Disturbo erettile a meno che la disfunzione non sia preesistente o richieda un’attenzione clinica specifica;
- Altre disfunzioni sessuali: quali Disturbo del desiderio sessuale ipoattivo maschile, Eiaculazione precoce. Recenti studi hanno evidenziato che nel 30% delle persone con Disturbo erettile è presente anche l’eiaculazione precoce, che può precedere o seguire il presentarsi della disfunzione erettile (Fisher et al., 2004);
- Saltuari problemi di erezione: è necessario considerare la presenza di una normale funzione erettile in uomini con aspettative eccessive (APA, 2013).

### 3. Incidenza e prevalenza

Il Disturbo erettile è una patologia diffusa e si ritiene che interessi circa il 10% della popolazione. In un'indagine del *Masachussets Male Aging Study* (MMAS; Feldman e coll., 1994), che coinvolse uomini dai 40 ai 70 anni, si rilevarono difficoltà erettile nel 52% del campione, tra cui il 10% presentava l'assenza di erezioni notturne e una totale incapacità di ottenere o mantenere un'erezione durante il rapporto sessuale, il 17% presentava un disturbo lieve e il 25% moderato (Feldman et al., 1994). I risultati della ricerca sono illustrati nella Figura 2.

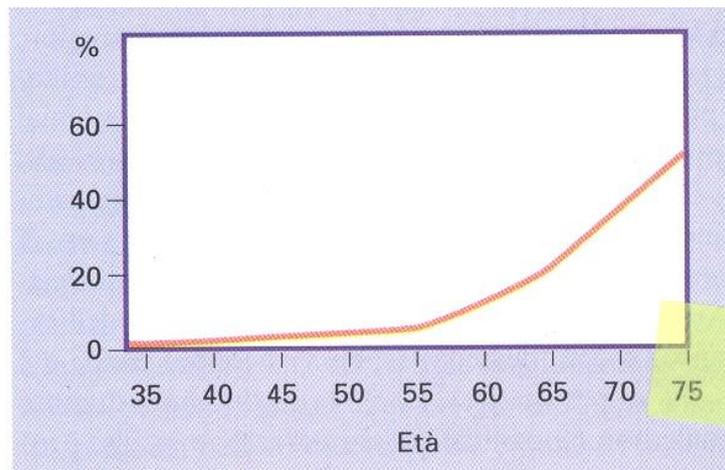
*Figura 2. Risultati del Masachussets Male Aging Study* - tratto da Feldman et al. (1994), "Impotence and its medical and psychosocial correlates: results of Masachussets Male Aging Study". *Journal of Urology*, 151: 54-61.



Risultati simili si ottennero nella *National Health and Social Life Survey* (NHSL; Laumann e coll., 1994), condotta negli USA su un campione di uomini e donne di età compresa tra i 19 e i 59 anni: il 10,4% degli uomini dichiarò di non essere stato in grado di avere o di mantenere un'erezione nell'arco dell'ultimo anno.

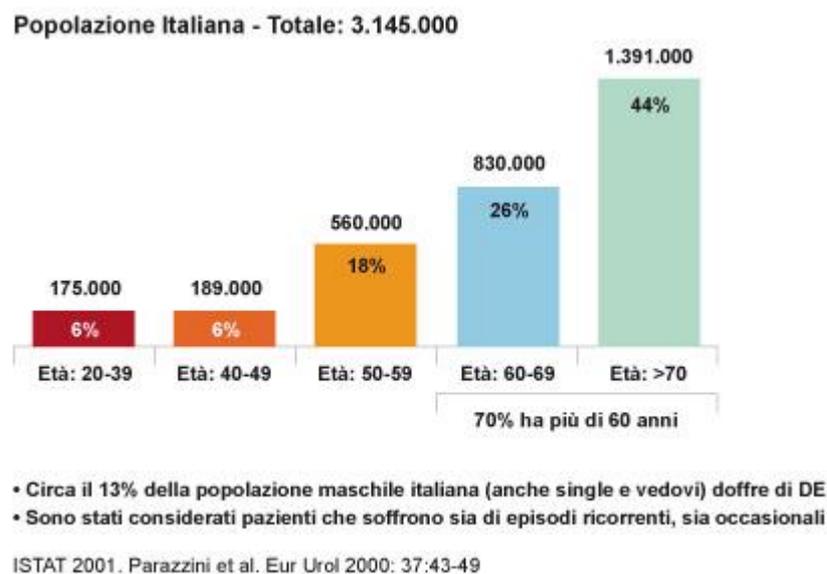
In entrambi gli studi si rilevò una correlazione positiva tra il disturbo e l'età: con l'avanzare dell'età, aumentavano i casi di disfunzione erettile, soprattutto dopo i 50 anni (Fig. 3).

Figura 3. Correlazione tra DE ed età



In Italia, secondo i dati ISTAT del 2001, circa il 13% della popolazione soffre di disfunzione erettile, come illustrato nella Figura 4, che presenta la popolazione affetta divisa per classi d'età (ISTAT 2001).

Figura 4. DE in Italia - tratto da ISTAT, Parazzini et al. (2001). *European Urology*, 37: 43-49.



Si tratta, quindi, di circa 3.145.000 di pazienti con Disturbo erettile di cui però solo circa 400.000 trattati (ISTAT 2001).

Al di là della forte correlazione con l'età, si è riscontrato che la disfunzione erettile è spesso legata a fattori organici, a fattori psicologici, o alla combinazione di entrambi. Tra i fattori organici si è rilevata una forte correlazione con le patologie cardiovascolari, con le malattie legate all'abuso di

droghe o alcol, con il fumo, con le patologie internistiche (diabete, ipertensione arteriosa, ipogonadismo, tireopatie, obesità, dislipidemie), con le patologie dell'apparato genito-urinario, con gli effetti collaterali di farmaci, con le patologie neurologiche (a causa dell'interruzione delle vie nervose); tra i fattori psicogeni sono stati identificati tutti i disturbi afferenti all'area psichica, quali depressione, ansia, problemi di coppia (Binik & Hall, 2014).

È interessante rilevare inoltre l'incidenza del livello di istruzione: gli uomini che hanno conseguito un titolo universitario hanno probabilità tre volte inferiori di soffrire di tale disturbo (5,6%) rispetto a coloro che hanno un livello culturale più basso (19%) (Gebhard e Johnson, 1979).

#### 4. Strumenti diagnostici

Nei paragrafi precedenti, abbiamo visto che la disfunzione erettile può avere un'origine organica, psicogena o mista ed è quindi estremamente importante quanto complesso per il clinico comprendere il tipo di problematica, valutando attentamente tutti gli aspetti sia organici che psichici del problema. La terapia sessuale attuale pone una particolare attenzione in fase di valutazione agli esami fisici e di laboratorio per valutare il peso di eventuali fattori organici nell'insorgenza e nel mantenimento del disturbo (D'Ottavio e Simonelli, 1990; Beretta, 1994; D'Ottavio e Laganà, 1996):

- Erettometria notturna: misura l'andamento dell'erezione e della rigidità peniena nel corso della notte, quando nelle fasi REM del sonno avvengono erezioni del pene indipendenti dal contenuto sessuale dell'attività onirica; qualora tali erezioni notturne fossero assenti o insufficienti, è probabile che la disfunzione erettile abbia una base organica;
- Dosaggi ormonali: evidenziano la presenza di alterazioni nei tassi di specifici ormoni, come ad esempio l'iperprolattinemia o livelli molto bassi di testosterone (che possono essere associati alla disfunzione erettile);
- Flussimetria doppler peniena basale o eco-doppler, arteriografia e/o cavernosografia statica e dinamica: analizzano l'andamento dell'afflusso arterioso di sangue al pene, necessario per l'erezione, e l'eventuale "fuga venosa", cioè un accelerato deflusso venoso;
- Potenziali evocati sacrali: misurano il tempo di latenza del riflesso bulbocavernoso, necessario per la componente neurologica dell'erezione;
- Test alla papaverina: la papaverina è una sostanza potentemente vasoattiva che, iniettata, consente di valutare il funzionamento penieno.

(Dèttore, 2001; pag. 272-273).

Al di là dell'approccio *standard* per la valutazione medica del Disturbo erettile (Lue et al., 2004), diversi autori hanno sottolineato l'importanza di utilizzare in tutti i casi un approccio medico-psicologico combinato per la valutazione di questo disturbo (Weeks & Gambescia, 2000; Wincze & Carey, 2001). L'utilità di un approccio integrato nell'*assessment* della disfunzione erettile è stata proposta anche da Althof (2005) in una *review* che analizzava i fattori psicologici e interpersonali del Disturbo erettile. Secondo questo modello, è fondamentale in fase di *assessment* indagare: i fattori individuali del paziente (come l'ansia da prestazione e l'inibizione sessuale), i problemi del *partner* (es.: scarsa autostima o difficoltà nella *performance* sessuale), la qualità delle relazioni, le variabili sessuali e contestuali (es.: difficoltà economiche, problematiche familiari) (Binik & Hall,

2014). A tal fine è possibile utilizzare una serie di test che consentono una valutazione di aspetti generali della personalità del soggetto e del suo funzionamento, sano o patologico, affiancati ad altri strumenti più specifici impiegati per la valutazione del disturbo sessuale.

Di seguito sono illustrati gli strumenti diagnostici, suddivisi in Scale di Misura Generali e in Scale di Misura Specifiche.

### **Scale di Misura Generali:**

- Minnesota Multiphasic Personality Inventory - 2 (MMPI-2);
- Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis - II (SCID II);
- Millon Clinical Multiaxial Inventory - III (MCMI-III);
- Eysenck Personality Inventory - R (EPQ-R);
- Beck Depression Inventory – II (BDI - II);
- State-Trait Anxiety Inventory – forma Y (STAI – Y).

#### **4.1 Minnesota Multiphasic Personality Inventory 2 (MMPI-2)**

Il MMPI nacque nel 1939 in una clinica psichiatrica universitaria del Minnesota, l'*University of Minnesota Hospitals*, ad opera dello psicologo Starke R. Hathaway e del neuropsichiatra J. Charnley McKinley; lo strumento fu revisionato e ristandardizzato successivamente nel 1989, dando origine alla seconda versione del test, denominata MMPI-2 (Butcher et al., 1996).

Il MMPI è un questionario non proiettivo ad ampio spettro che permette di indagare e valutare le principali caratteristiche di personalità dell'individuo e i disturbi afferenti all'area emotiva. Il test possiede buone proprietà psicometriche che lo hanno reso lo strumento psicodiagnostico più frequentemente usato in molti Paesi del mondo. Esso permette una descrizione globale del soggetto, discriminando sia tra tratti normali e patologici della sua personalità che, in ambito psicopatologico, tra tratti nevrotici e psicotici; consente inoltre una valutazione della severità del disturbo riscontrato. Il questionario si compone di 567 *item* sulle condizioni fisiche, vissuti, abitudini e pensieri ricorrenti, a cui l'individuo deve rispondere "Vero" o "Falso", facendo riferimento a quanto ogni affermazione si avvicini o meno alle proprie caratteristiche di personalità. Gli *item* si distribuiscono all'interno di 6 Scale di Validità o di Controllo, 10 Scale di Base o Cliniche, 15 Scale di Contenuto e 13 Scale Supplementari. La ripartizione delle Scale del MMPI è di seguito riportata.

Scale di Validità o di Controllo: permettono di stimare con maggiore precisione la validità del protocollo riducendo il rischio di falsi positivi e di falsi negativi, di valutare altre possibili fonti di

alterazione dei risultati e consentono di formulare ipotesi più fondate e ampie riguardo all'atteggiamento tenuto dalla persona nei confronti del test (Fig. 5.1).

*Figura 5.1. Scale di Validità o di Controllo del MMPI-2 (Butcher et al., 1989)*

Scala <b>L</b>	<b>Menzogna:</b> valuta la desiderabilità sociale, i tentativi che il soggetto mette in atto per porsi sotto una luce socialmente favorevole
Scala <b>F</b>	<b>Frequenza:</b> indaga la tendenza del soggetto all'esagerazione dei sintomi
Scala <b>K</b>	<b>Correzione:</b> rileva la presenza nel soggetto di atteggiamenti difensivi nei confronti del test
Scala <b>Fb</b>	<b>Back F:</b> indaga il mantenimento dell'attenzione e la cooperazione durante la compilazione
Scala <b>VRIN</b>	<b>Variabile di Incoerenza nelle Risposte:</b> valuta la tendenza ad aver fornito risposte non coerenti
Scala <b>TRIN</b>	<b>Variabile di Incoerenza nelle Risposte "Vero":</b> identifica la tendenza del soggetto a fornire un solo tipo di risposta, cioè a rispondere in modo indiscriminato, o in senso affermativo o negativo, senza riferimento al contenuto degli <i>item</i>

Scale di Base o Cliniche: analizzano le dimensioni più significative della personalità dell'individuo, identificando i sintomi e i comportamenti sintomatici maggiormente presenti (Fig. 5.2).

Figura 5.2. **Scale di Base o Cliniche del MMPI-2** (Butcher et al., 1989)

1. Scala <b>Hs</b>	<b>Ipocondria:</b> valuta la tendenza a preoccuparsi eccessivamente per la salute, a manifestare disturbi somatici di origine non organica, a utilizzare la sintomatologia fisica con fini manipolativi e a non ricevere giovamento dalle rassicurazioni mediche
2. Scala <b>D</b>	<b>Depressione:</b> misura la presenza di pessimismo, tristezza e disperazione, eccessivo senso del dovere, sensi di colpa, rimuginazioni mentali e rallentamento motorio
3. Scala <b>Hy</b>	<b>Isteria:</b> valuta sia la presenza di disturbi sensoriali o motori di origine non organica, sia la tendenza a negare i problemi e a manifestare seduttività
4. Scala <b>Pd</b>	<b>Deviazioni psicopatiche:</b> indaga la presenza di un certo grado di disadattamento, di problemi con la legge, di non considerazione e di trasgressione delle norme sociali e morali, oltre che di scarsa capacità empatica
5. Scala <b>Mf</b>	<b>Mascolinità-femminilità:</b> valuta il grado di rigidità dell'adesione allo stereotipo del proprio ruolo di genere
6. Scala <b>Pa</b>	<b>Paranoia:</b> misura la tendenza alla sperimentazione di ipersensibilità nei rapporti sociali, all'ideazione di cognizioni persecutorie e alla formulazione di distorsioni interpretative inerenti le motivazioni e le intenzioni altrui
7. Scala <b>Pt</b>	<b>Psicastenia:</b> indaga tratti generalizzati d'ansia e preoccupazione, oltre che la debole capacità di controllo sulla propria attività mentale
8. Scala <b>Sc</b>	<b>Schizofrenia:</b> valuta il livello di confusione mentale, di aderenza alla realtà e, nello specifico, la presenza di idee bizzarre, esperienze e percezioni insolite
9. Scala <b>Ma</b>	<b>Ipomania:</b> misura la tendenza ad agire secondo modalità euforiche, aggressive ed iperattive
0. Scala <b>Si</b>	<b>Introversione sociale:</b> rileva la tendenza all'introversione e alla timidezza sociale, oltre che la carenza di abilità assertive

Scale di Contenuto: approfondiscono le caratteristiche di personalità dell'esaminato associate alla presenza dei sintomi emersi (Fig. 5.3).

*Figura 5.3. Scale di Contenuto del MMPI-2 (Butcher et al., 1989)*

1. Scala <b>ANX</b>	<b>Ansia</b>
2. Scala <b>FRS</b>	<b>Paure</b>
3. Scala <b>OBS</b>	<b>Ossessività</b>
4. Scala <b>DEP</b>	<b>Depressione</b>
5. Scala <b>HEA</b>	<b>Preoccupazioni per la salute</b>
6. Scala <b>BIZ</b>	<b>Ideazione bizzarra</b>
7. Scala <b>ANG</b>	<b>Rabbia</b>
8. Scala <b>CYN</b>	<b>Cinismo</b>
9. Scala <b>ASP</b>	<b>Comportamenti antisociali</b>
10. Scala <b>TPA</b>	<b>Tipo A</b> : caratteristiche di urgenza e competitività, associate all'insorgenza di malattie cardiovascolari
11. Scala <b>LSE</b>	<b>Bassa Autostima</b>
12. Scala <b>SOD</b>	<b>Disagio sociale</b>
13. Scala <b>FAM</b>	<b>Problemi familiari</b>
14. Scala <b>WRK</b>	<b>Difficoltà sul lavoro</b>
15. Scala <b>TRT</b>	<b>Indicatori di difficoltà di trattamento</b>

Scale Supplementari: indagano ulteriori specifiche aree per approfondire le problematiche cliniche presentate dal soggetto (Fig. 5.4).

Figura 5.4. **Scale Supplementari del MMPI-2** (Butcher et al., 1989)

Scala <b>O-H</b>	<b>Ostilità ipercontrollata</b>
Scala <b>Do</b>	<b>Dominanza</b>
Scala <b>Re</b>	<b>Responsabilità sociale</b>
Scala <b>Mt</b>	<b>Disadattamento scolastico</b>
Scala <b>Gm e Gf</b>	<b>Scale del ruolo di genere</b>
Scala <b>Pk e Ps</b>	<b>Disturbo da stress post-traumatico</b>
Scala <b>MDS</b>	<b>Disagio coniugale</b>
Scala <b>APS</b>	<b>Tossicodipendenza potenziale</b>
Scala <b>AAS</b>	<b>Ammissione di tossicodipendenza</b>

#### 4.2 Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II (SCID II)

La SCID-II, messa a punto da First e collaboratori nel 1997, è un'intervista semistrutturata per la valutazione dei dieci Disturbi di Personalità di Asse II del DSM IV (APA, 1994), dei Disturbi di Personalità di tipo Depressivo e Passivo-aggressivo (riportati nell'Appendice B del DSM IV "Criteri e Assi utilizzabili del DSM IV") e del Disturbo di Personalità Non Altrimenti Specificato. Alla luce della pubblicazione del DSM 5, si prevede una revisione dello strumento.

Il test è composto da un questionario di personalità di 119 *item* a risposta dicotomica "Sì" "No" e da un'intervista clinica costituita da una serie di domande a risposta aperta, che indagano le caratteristiche di base della personalità. La sequenza degli *item* inerenti i vari disturbi di personalità, piuttosto di seguire l'ordine di classificazione del DSM IV, aderisce ad un criterio di "progressività" che permette di agevolare il rapporto con il soggetto: si indaga per primo il disturbo evitante di personalità e poi, a seguire, il disturbo dipendente di personalità, il disturbo ossessivo-compulsivo di personalità, il disturbo passivo-aggressivo di personalità, il disturbo depressivo di personalità, il disturbo paranoide di personalità, il disturbo schizotipico di personalità, il disturbo schizoide di personalità, il disturbo istrionico di personalità, il disturbo narcisistico di personalità, il disturbo borderline di personalità, il disturbo antisociale di personalità e il disturbo di personalità non altrimenti specificato.

Il questionario è autosomministrato, è rivolto a persone con un livello di scolarità pari alla terza media e richiede solitamente un tempo di compilazione di 20 minuti; viene somministrato preliminarmente all'intervista in modo che il clinico possa porre solo le domande corrispondenti agli *item* a cui il soggetto ha già risposto positivamente o non ha risposto, confermando o meno le

precedenti ipotesi diagnostiche e quindi valutando se il soggetto è realmente affetto da un Disturbo di Personalità, identificandolo.

Nella fase dell'intervista, a ciascuna risposta del soggetto il clinico può assegnare uno dei seguenti punteggi:

?	Le informazioni fornite dal soggetto sono inadeguate per la valutazione del sintomo
1	Il sintomo o l'affermazione descritti nel criterio sono chiaramente assenti o falsi
2	Il sintomo è presente ma sotto soglia
3	La soglia per il criterio è sufficientemente o pienamente soddisfatta: la caratteristica descritta nell' <i>item</i> è patologica, persistente e pervasiva

Al termine dell'intervista, l'esaminatore compila il Modulo di registrazione delle diagnosi, da cui ricava una diagnosi di tipo categoriale (valutando la presenza o assenza di un disturbo di personalità) e una di tipo dimensionale (registrando il numero di criteri diagnostici codificato come "3" per ciascun disturbo di personalità). Nel caso in cui siano soddisfatti i criteri relativi a più disturbi, l'intervistatore deve specificare la Diagnosi principale di Asse II (First M.B., Gibbon M., Spitzer R.L., Williams J.B.W., Smith Benjamin L., 1997).

#### 4.3 Millon Clinical Multiaxial Inventory (MCMI - III)

Nel 1969, Millon realizzò il MCMI partendo dall'idea che la psicopatologia dovesse essere studiata mediante un approccio bio-psico-sociale che tenesse conto dello sviluppo filogenetico, ontogenetico e neurobiologico dell'uomo. Secondo questa prospettiva, tutti gli esseri umani possono essere classificati in base a 4 categorie bipolari:

1. Piacere-dolore: richiama gli aspetti legati all'esistenza;
2. Adattamento-cambiamento: si riferisce agli aspetti legati alla sopravvivenza;
3. Sé-altro: indaga gli aspetti legati alla riproduzione;
4. Sensazione-astrazione: riguarda le abilità di pianificazione e di *problem-solving*.

La combinazione delle prime tre polarità è di riferimento per la realizzazione di una tassonomia dei disturbi di personalità (Millon, 1969).

Il MCMI-III (Millon T., Davis R., & Millon C., 1997), nella sua terza edizione originata da quella messa a punto da T. Millon nel 1977, è un test molto valido per la valutazione psicologica dell'adulto, orientato a misurare sia i tratti di personalità che l'eventuale presenza di psicopatologie

specifiche, basandosi sul sistema di classificazione del DSM IV-TR che distingueva tra Asse I e Asse II (APA, 2000).

Il MCMI-III è rivolto a persone dai 18 anni di età in su, è un test semplice e rapido da somministrare. Lo strumento si compone di 175 *item* a risposta dicotomica “vero/falso” che si riferiscono ad aspetti emotivi, cognitivi e comportamentali del soggetto esaminato; gli *item* si raggruppano in 24 scale, suddivise in 4 gruppi, e in 4 indici di correzione, illustrati nella Figura 6.

Figura 6. **Scale del Millon Clinical Multiaxial Inventory** (Millon & Davies, 1977)

<b>PATTERN DI PERSONALITÀ CLINICA</b>	<b>SINDROMI CLINICHE</b>
<b>1</b> Schizoide	<b>A</b> Ansia
<b>2A</b> Evitante	<b>H</b> Somatizzazione
<b>2B</b> Depressiva	<b>N</b> Bipolare-Mania
<b>3</b> Dipendente	<b>D</b> Distimia
<b>4</b> Istrionica	<b>B</b> Dipendenza da Alcol
<b>5</b> Narcisistica	<b>T</b> Dipendenza da Droghe
<b>6A</b> Antisociale	<b>R</b> Disturbo Post-Traumatico da Stress
<b>6B</b> Sadica (aggressiva)	
<b>7</b> Ossessivo-compulsiva	<b>SINDROMI CLINICHE GRAVI</b>
<b>8A</b> Negativistica (Passivo- aggressiva)	<b>SS</b> Disturbo del Pensiero
<b>8B</b> Masochistica (autofrustrante)	<b>CC</b> Depressione Maggiore
	<b>PP</b> Disturbo Delirante
	<b>INDICI CORRETTIVI</b>
	<b>X</b> Apertura
<b>GRAVE PATOLOGIA DELLA PERSONALITÀ</b>	<b>Y</b> Desiderabilità
<b>S</b> Schizotipica	<b>Z</b> Autovalutazione
<b>C</b> Borderline	<b>V</b> Validità
<b>B</b> Paranoide	

I tratti di personalità che rientrano nella scala “Pattern di Personalità Clinica” consentono di delineare un inquadramento diagnostico rispetto all'Asse II del DSM IV-TR (APA, 2000).

Le scale S, C e P, che rientrano nella scala “Grave Patologia della Personalità”, rilevano una patologia di personalità particolarmente grave e disadattiva.

Le scale dalla A alla R, contenute in “Sindromi Cliniche”, consentono l’identificazione di alcune sindromi cliniche dell’Asse I.

Le tre scale SS, CC e PP, all’interno della scala “Gravi Sindromi Cliniche”, evidenziano la presenza di sindromi cliniche particolarmente gravi e invalidanti.

Infine, all’interno degli “Indici Correttivi”, sono raggruppate quattro scale (X, Y, Z e V) che forniscono informazioni sulla validità del protocollo.

#### **4.4 Eysenck Personality Inventory – R (EPQ - R)**

L’EPQ si basa sulla teoria di Eysenck (Eysenck e Rachman, 1965) che distingue tra soggetti introversi ed estroversi: le persone introversive si caratterizzano per gli elevati livelli di attivazione fisiologica endogena spontanea e sono pertanto maggiormente condizionabili e soggette ai disturbi d’ansia; le persone estroversive, dall’altro canto, presentano minori livelli di attivazione interna, dipendono maggiormente dalla stimolazione esterna, sono meno condizionabili e possono manifestare maggiori problematiche comportamentali afferenti alla sfera antisociale o delinquenziale.

L’EPQ – R si compone di 105 *item* a risposta dicotomica (“sì/no”) che vengono alternati regolarmente sulla base delle 4 scale:

- Scala E (*Extraversion*): delinea un *continuum* bipolare che ha come estremi l’introversione e l’estroversione;
- Scala N (*Neuroticismo*): si riferisce ad aspetti di instabilità e labilità emotiva;
- Scala P (*Psychoticism*): indaga aspetti di anticonformismo, asocialità, disadattamento sociale che possono sfociare in atteggiamenti di ostilità e antisocialità;
- Scala L (*Lie*): identifica il tentativo di mentire al questionario e misura, quindi, la desiderabilità sociale.

#### **4.5 Beck Depression Inventory – II (BDI - II)**

Il Beck Depression Inventory (Beck, Steer & Brown, 1996) è un questionario autosomministrato utilizzato per valutare il grado di depressione del tono dell’umore secondo i criteri del DSM IV in adulti e adolescenti dai 13 anni di età.

È composto da 21 *item* che fanno riferimento ai sintomi tipici dei pazienti con depressione: tristezza, pessimismo, fallimento, perdita di piacere, senso di colpa, sentimenti di punizione, scarsa autostima, autocritica, suicidio, pianto, agitazione, perdita di interessi, indecisione, senso di inutilità, perdita di energia, alterazioni del ritmo sonno-veglia, irritabilità, alterazioni del senso di appetito, scarsa concentrazione, fatica e ipodesiderio sessuale.

Le analisi statistiche effettuate nel corso dell'adattamento italiano hanno evidenziato l'esistenza di due fattori che forniscono un utile completamento all'interpretazione del punteggio totale:

- **Fattore Somatico-Affettivo:** comprende 12 *item* che indagano la presenza di manifestazioni somatico-affettive della depressione, quali perdita di piacere, pianto, agitazione, perdita di interessi, indecisione, perdita di energia, sonno, irritabilità, alterazioni dell'appetito, scarsa concentrazione, fatica e ipodesiderio sessuale;
- **Fattore Cognitivo:** comprende 9 *item* relativi alle manifestazioni cognitive attraverso le quali si esprime la depressione, quali tristezza, pessimismo, senso di fallimento, senso di colpa, sentimenti di punizione, scarsa autostima, autocritica, suicidio e senso di inutilità.

Ogni *item* prevede una risposta su una scala da 0 a 3 in cui lo 0 rappresenta la totale assenza del sintomo e il 3 indica il livello più alto. I soggetti devono rispondere a ciascuna domanda facendo riferimento alle ultime due settimane che precedono il momento della compilazione. Il punteggio totale è calcolato sommando le risposte dei 21 *item*.

#### **4.6 State-Trait Anxiety Inventory – forma Y (STAI – Y)**

Lo State-Trait Anxiety Inventory – forma Y (STAI – Y) (Spielberger, Gorsuch, Lushene, 1983) è un questionario *self-report* realizzato da Spielberger e collaboratori. Il test permette di valutare separatamente l'ansia di tratto e l'ansia di stato che si articolano in due sottoscale: la STAI T-*Anxiety Scale* per la prima e la STAI S-*Anxiety Scale* per la seconda. L'ansia può essere difatti intesa sia come stato transitorio (ansia di stato) che come tratto piuttosto stabile della personalità (ansia di tratto). In questa distinzione è importante specificare l'intervallo di tempo preso in considerazione: nella valutazione dell'ansia di stato il riferimento temporale è il momento della compilazione, mentre nella valutazione dell'ansia di tratto ci si riferisce al modo abituale di sentirsi del soggetto.

La compilazione dello STAI-Y non prevede limiti di tempo ma generalmente essa richiede circa 10 minuti, può essere somministrato individualmente e in gruppo. Le modalità di risposta alle due

sottoscale, ciascuna composta da 20 *item* (per un totale di 40 *item*), prevedono una scelta su una scala Likert a 4 punti.

Per ottenere i punteggi di ciascuna delle due scale si sommano le risposte dei 20 *item* che costituiscono ciascuna scala, per cui i risultati possono variare da un minimo di 20 a un massimo di 80.

#### **Scale di Misura Specifiche:**

- Sexuality Evaluation Schedule Assessment Monitoring (SESAMO);
- Indice Internazionale della Funzione Erettile (IIEF).

#### **4.7 Sexuality Evaluation Schedule Assessment Monitoring (SESAMO)**

Il questionario SESAMO costituisce il primo test sessuologico italiano con una buona valenza clinica.

Elaborato presso il Centro Studi e Ricerche Sociorelazionali da L. Boccadoro e A. Perillo e pubblicato nel 1996 da Organizzazioni Speciali di Firenze, il SESAMO si rivolge a persone di entrambi i sessi, sia *single* sia inserite in una relazione di coppia, e indaga varie aree: vissuto corporeo, situazione socioaffettiva, piacere, erotismo immaginativo, masturbazione, sessualità *extra* relazionale, e permette di raccogliere anche un'anamnesi di tipo sanitario. Lo strumento, quindi, consente di elaborare un profilo psicosessuale e socioaffettivo, evidenziando possibili cause e aspetti disfunzionali della sessualità, suggerisce inoltre eventuali temi da approfondire (Dèttore, 2001).

#### **4.8 Indice Internazionale della Funzione Erettile (IIEF)**

L'Indice Internazionale della Funzione Erettile (IIEF) è uno strumento messo a punto da Rosen (Rosen et al., 1997) allo scopo di ottenere una maggiore standardizzazione nella valutazione della disfunzione erettile.

L'IIEF si presenta come uno strumento autosomministrato multidimensionale, breve, sensibile che, attraverso 15 *item*, consente l'esplorazione di tutte le fasi del ciclo di risposta sessuale nelle quattro settimane precedenti la somministrazione: desiderio sessuale, funzione erettile, funzione orgasmica, soddisfazione nel rapporto e soddisfazione generale.

Il test ha un'elevata sensibilità e specificità diagnostica, in quanto provvisto di un'elevata capacità discriminante tra soggetti con problemi di erezione e soggetti sani.

Il questionario IIEF è stato tradotto in dieci lingue (danese, finlandese, francese, inglese, inglese per australiani, inglese per statunitensi, italiano, olandese, norvegese, spagnolo, svedese e tedesco) e ciò consente il suo utilizzo per ricerche e studi internazionali multicentrici e multietnici (Rosen, Riley, Wagner, Osterhol, Kirkpatrick & Mishra, 1997).

## 5. Teorie eziopatogenetiche

### 5.1 Il modello psicoanalitico

Alla fine del 1800, la nascita della psicoanalisi pose l'attenzione sui processi psicologici alla base dell'impotenza. Sigmund Freud (1856-1939), il padre fondatore della psicoanalisi, spiegò l'impotenza come un complesso edipico non risolto: in particolare, egli sostenne che uno sviluppo psicologico normale richiedesse il passaggio attraverso un complesso di Edipo, uno stadio dello sviluppo sessuale in cui il bambino è attratto dal genitore di sesso opposto e prova sentimenti di ostilità verso l'altro genitore. I discepoli di Freud sostennero che in età adulta questi sentimenti venissero trasferiti sul *partner* sessuale determinando un conflitto interiore che poteva generare l'impotenza (Freud, 1905). Quindi, in quest'ottica, l'impotenza rappresenta il fallimento di un sano sviluppo della libido che deriva dall'ambivalenza e dall'incapacità di sperimentare il pene come una parte positiva e piacevole di sé; l'incapacità del bambino di risolvere la propria aggressività verso la figura materna porterà l'adulto a trasferire sulla *partner* gli attacchi rivolti un tempo contro la madre. L'impotenza assume così le caratteristiche di una reazione ostile inconscia verso le donne: l'individuo adulto tenderà ad innamorarsi di donne che gli ricordano il suo primo oggetto d'amore, la figura materna, manifestando però i propri sentimenti negativi attraverso aspetti sintomatici, tra cui la disfunzione erettile. Infatti, l'atto della penetrazione sarebbe vissuto, secondo quest'ottica, come distruttivo, pertanto l'impotenza fungerebbe da difesa (Daquino, 1977).

Una differente prospettiva psicoanalitica riguarda la paura dell'abbandono: l'uomo che vede l'atto sessuale come una prestazione su cui la *partner* esprimerà un giudizio, potrebbe provare ansia per la paura primaria dell'abbandono. Le problematiche di insuccesso sessuale potrebbero comunque essere connesse ai sopraccitati aspetti edipici, in particolare con gli aspetti di competizione o di castrazione paterna (Kaplan, 1979A; Mehler, 1991). Rispetto alla castrazione, è stato sostenuto da questo approccio che l'uomo teme inconsciamente che durante il coito si verifichi una castrazione da parte della "vagina dentata", cioè castratrice (Daquino, 1977; Mehler, 1992).

Nel 1927, la Scuola Psicoanalitica sostenne che l'eccesso di masturbazione, segno di sessualità repressa, era responsabile di almeno il 95% dei casi di impotenza: furono pertanto costruiti e prescritti degli speciali apparecchi anti-masturbatori.

Riassumendo, nell'ottica freudiana, i vari disordini sessuali possono essere ricondotti ad alterazioni dei processi di scarica della libido o del desiderio sessuale.

## 5.2 Il modello psicosomatico

Nell'ottica psicosomatica, il sintomo è espressione di un disagio più profondo, di cui l'individuo non è consapevole e che trova espressione attraverso la manifestazione somatica. L'elemento psicosomatico consiste, quindi, nella trasformazione dei conflitti emotivi in sintomi somatici, per cui è spesso difficile stabilire se l'effettiva origine del malessere individuale sia psichica o fisica.

È ormai stata ampiamente dimostrata la reciproca influenza tra la mente e il corpo: per esempio, la presenza di un umore basso può generare un mal funzionamento del sistema immunitario che, a sua volta, può presentare delle difficoltà a combattere gli agenti patogeni che aggrediscono l'organismo; ciò, a lungo andare, può causare il peggioramento dei sintomi e la resistenza ai farmaci, la cui efficacia è alterata da un funzionamento non adeguato del sistema immunitario (Selye, 1936).

Un principio fondamentale dell'approccio psicosomatico, non tipicamente specifico della terapia sessuale, è quello delle cause immediate e remote. Ad esempio, *la causa immediata dell'ulcera peptica è la eccessiva secrezione di acido gastrico idroclorico che agisce su una mucosa duodenale molto sensibile* (Kaplan, 1974; pag. 85), tuttavia bisogna considerare anche le cause remote di origine psicogena che possono condurre una persona vulnerabile a sviluppare l'ulcera (Kaplan, 1974).

Sicuramente, un rapporto sessuale soddisfacente dipende in ampia misura da un buon funzionamento ormonale e fisiologico, che è però estremamente sensibile alle attivazioni emotive; queste ultime sono provocate da profonde reazioni psicologiche in grado di interferire sia con i riflessi vascolari responsabili dell'eccitazione sessuale che con il giusto equilibrio ormonale. In questo modo, l'approccio psicosomatico spiega come stress, depressione, ansia, conflitti cronici possano provocare alterazioni fisiologiche ed ormonali tali da generare vari disordini psicosomatici che colpiscono l'organo bersaglio, ovvero l'organo maggiormente vulnerabile allo stress emozionale: il sintomo sessuale è espressione dei connotati fisiologici di un'emozione dolorosa da cui l'individuo non è riuscito a difendersi e che interferisce con il corretto funzionamento dei riflessi sessuali (Kaplan, 1974).

Secondo questo modello, lo sviluppo di una patologia psicosomatica costituisce sia l'espressione di un disagio che l'individuo non riesce a far emergere se non attraverso i sintomi, sia un tentativo per curare o evitare questo stesso disagio. In quest'ottica, il Disturbo erettile diviene espressione di un'alterazione funzionale del piacere erotico in assenza di particolari sintomi di ansia o angoscia: il soggetto, in questi casi, si lamenterebbe degli effetti indesiderati del proprio problema ma non manifesterebbe alcuna connotazione affettiva. Difatti, tipico di questi casi è la ricomparsa dell'assetto emotivo, e in particolare dell'angoscia, quando si attenua il sintomo (Abraham, 1977).

### 5.3 Il modello sistemico-relazionale

Nelle disfunzioni sessuali è fondamentale tenere in considerazione anche la relazione con il *partner*. Il modello sistemico-relazionale, nello specifico, considera il sintomo sessuale come un sintomo relazionale, ovvero come l'espressione di un disagio della coppia all'interno di un sistema sessuale e coniugale patogeno e distruttivo, e non unicamente come l'espressione di un conflitto intrapsichico individuale. In quest'ottica, il sintomo consente ai *partner* di spostare le proprie problematiche di coppia su un piano sessuale ed è funzionale in quanto la vera disfunzione sarebbe rappresentata dall'assenza di problematiche sessuali in un sistema altamente distruttivo e disumanizzante, caratterizzato da repulsione, paure, alienazione, incomprensioni, umiliazione tra i *partner* (Kaplan, 1974).

Secondo l'approccio sistemico-relazionale, la relazione di coppia può generare nei singoli individui sia reazioni positive che negative. Tra le reazioni emotive negative più frequenti ne sono state evidenziate due, che sono a volte in relazione tra loro e di cui le coppie spesso non sono consapevoli: la rabbia e l'ostilità verso il partner, la paura del rifiuto o abbandono. Queste reazioni sono all'origine di numerose e specifiche dinamiche di coppia problematiche: difficoltà di comunicazione, incapacità di stabilire fiducia e intimità reciproca, lotte di potere tra i partner, delusioni del "contratto matrimoniale". Ai fini terapeutici è necessario che la coppia acquisisca la consapevolezza di tali dinamiche (Kaplan, 1974). L'attenzione viene posta dal terapeuta sistemico-relazionale sulla modifica delle modalità comunicative e di espressione emotiva, al fine di produrre dei cambiamenti nella relazione che permettano alla coppia di uscire dalle vecchie modalità relazionali disfunzionali (Petruccelli, 1997).

All'interno dell'ottica relazionale trova spazio il *Sexual Crucible Approach*, un nuovo paradigma che chiama in causa gli aspetti interpersonali del problema senza rifarsi esclusivamente agli aspetti dell'intimità sessuale o emotiva all'interno della relazione. Schnarch (2002, 2009) sostiene che la vera questione è risolvere il bisogno di differenziazione personale o di auto-convalida: difatti, laddove presenti problematiche sessuali, l'essenza della questione è la tendenza a convalidare se stessi dal punto di vista emozionale attraverso le reazioni dell'altro. L'autore indica che i problemi sessuali sono in genere sintomatici di una mancanza, o di una perdita, di differenziazione all'interno del rapporto. Schnarch assume inoltre una posizione provocatoria rispetto al ruolo dell'ansia nel trattamento delle disfunzioni sessuali, suggerendo che l'obiettivo dovrebbe essere quello di sviluppare una "tolleranza all'ansia" invece che tendere ad una sua riduzione o eliminazione, come avviene negli approcci più tradizionali della terapia sessuale.

## 5.4 Il modello comportamentista

L'approccio comportamentista attribuisce la disfunzione erettile ad un apprendimento avvenuto in una situazione di stress, una situazione ansiogena che ha causato un condizionamento negativo: una prima situazione di fallimento sessuale vissuta negativamente può essere sufficiente a creare un condizionamento delle risposte di ansia nei successivi rapporti sessuali (Friedman, 1977).

In quest'ottica si collocano le ricerche di Masters e Johnson (1970) che evidenziarono dei fattori scatenanti, legati sia a caratteristiche personalologiche che a fattori ambientali. In particolare, gli autori rilevarono che in circa il 30% dei casi la disfunzione erettile era preceduta da esperienze di eiaculazione precoce per un numero considerevole di anni che avevano fatto sì che il rapporto sessuale venisse associato ad un vissuto negativo: il protrarsi del tempo e delle lamentele della *partner* innescherebbero uno stato di preoccupazione costante per la propria attività sessuale, inducendo un atteggiamento di controllo della prestazione, con conseguente blocco del desiderio e ansia nel rapporto. Nel 17% dei casi, il fattore scatenante rilevato era un episodio di alcolismo acuto che aveva inibito l'erezione e innescato ansia per la prestazione sessuale. In un altro 13% dei casi, l'impotenza era attribuibile a cause iatrogene: la disfunzione erettile secondaria veniva fortemente rinforzata da una prognosi negativa espressa dal medico, dallo psicologo, dal sacerdote o da qualsiasi altra autorità consultata (Masters & Johnson, 1970; Petruccelli, 1997).

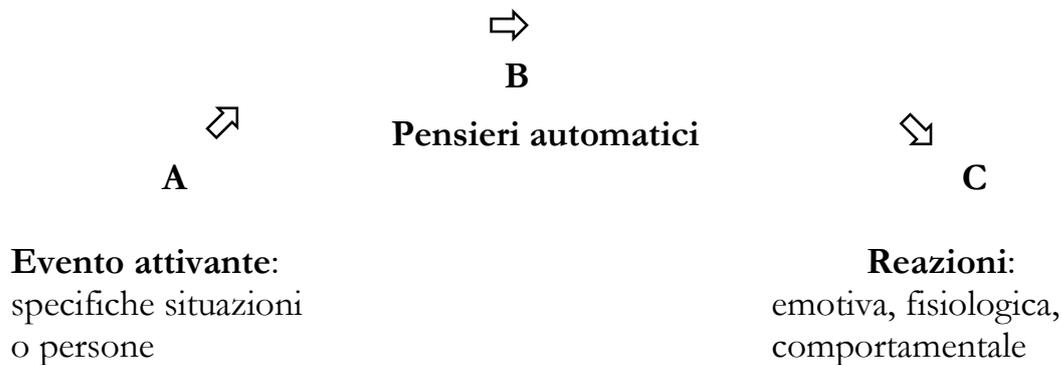
Oltre al condizionamento, l'approccio comportamentista identifica come fattore di mantenimento il rafforzamento, ovvero il vantaggio secondario derivante dal comportamento disfunzionale. Ad esempio, il Disturbo erettile può essere rinforzato dalle manifestazioni di malcontento della *partner* che il soggetto desidera inconsapevolmente punire, oppure dal sollievo generato dal fatto che non riuscendo ad avere rapporti eviterà una gravidanza che lo spaventa. Altro fattore di mantenimento è l'evitamento dei rapporti sessuali, successivo ai processi di condizionamento, che produce il vantaggio secondario della riduzione dell'ansia ma al tempo stesso impedisce all'individuo di sperimentare il proprio potenziale sessuale e al tempo stesso di fare esperienze sessuali efficaci (Kaplan, 1974).

## 5.5 Il modello cognitivo-comportamentale

Il modello cognitivo-comportamentale si basa sul principio che le emozioni e i comportamenti delle persone dipendono direttamente dalla loro percezione degli eventi: in quest'ottica, non è la

situazione in sé a determinare direttamente ciò che le persone provano e quindi il loro comportamento, ma è piuttosto il modo in cui questa viene interpretata (Beck, 1964; Ellis, 1962). Alla base dei disturbi vi è, dunque, una modalità di pensiero distorta, che determina l'umore e il comportamento disfunzionali, come illustrato nella Figura 7.

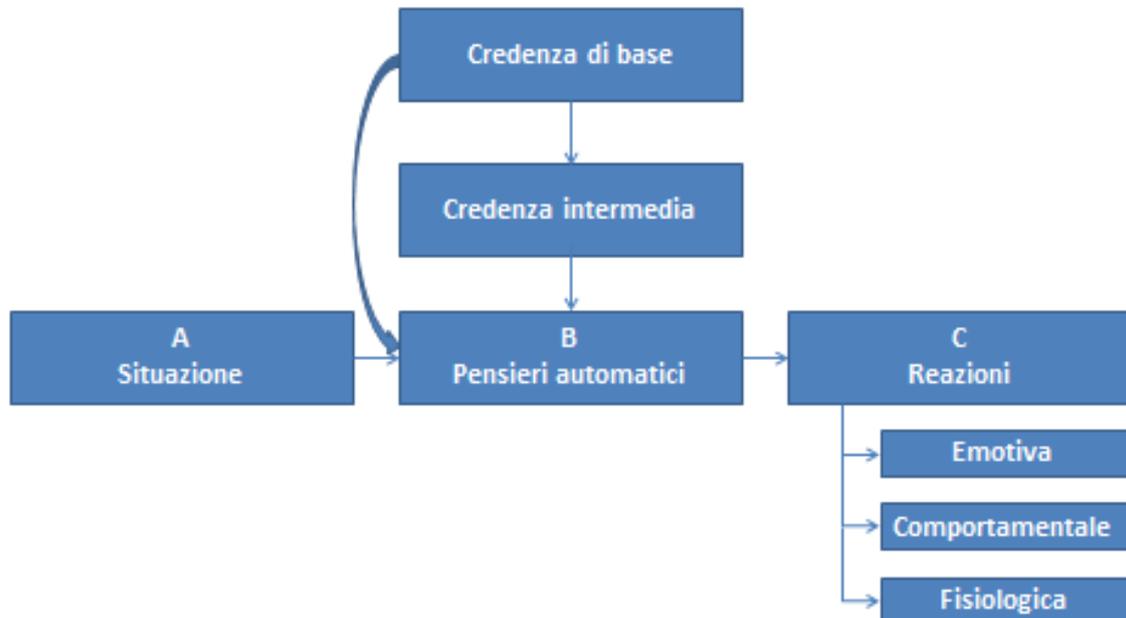
Figura 7. **Modello cognitivo (Beck, 1964; Ellis, 1962)**



La terapia cognitivo-comportamentale opera aiutando le persone a identificare i propri pensieri irrazionali, responsabili di emozioni e comportamenti disfunzionali, e a valutare quanto siano realistici: mettendo in luce gli errori cognitivi contenuti nei pensieri e proponendo delle spiegazioni più plausibili degli eventi, si ottiene una riduzione quasi immediata dei sintomi. Infatti, operando una valutazione oggettiva delle situazioni e modificando il proprio modo di pensare, si ottiene un corrispondente miglioramento dell'umore e del comportamento.

In questo modo, però, la terapia cognitivo-comportamentale agisce solo sui pensieri automatici, che sono il livello cognitivo più superficiale, e trascurando gli schemi profondi che sostengono ed alimentano i pensieri disfunzionali: le credenze intermedie e le credenze di base. Le credenze intermedie sono opinioni, regole e assunzioni disfunzionali; le credenze di base sono relative ad una rappresentazione di se stessi, degli altri e del mondo e sono globali, rigide e ipergeneralizzate, sono apprese durante l'infanzia e l'adolescenza e si suddividono in credenze di non adeguatezza, di non amabilità e di non valore (Beck, 1995). Per conseguire risultati a lungo termine, è fondamentale agire su tutti e tre i livelli di pensiero sopracitati (Fig. 8), avvalendosi di specifiche tecniche cognitive e comportamentali, diverse per ogni disturbo.

Figura 8. Gerarchia del pensiero secondo il modello cognitivo-comportamentale



In base a quanto detto, il comportamento di ciascun individuo viene considerato come la risposta ad un *trigger* interno o esterno: tale risposta si costituisce di aspetti cognitivi, emotivi e comportamentali, a loro volta innescati e regolati da meccanismi costituzionali (la dotazione biologica innata) e da processi appresi. Quindi, i processi di apprendimento hanno un ruolo fondamentale per l'emissione della risposta comportamentale, così come l'interpretazione da parte del soggetto dei propri livelli di attivazione fisiologica, che possono dare origine a vissuti di ansia o di altre emozioni a seconda dei moduli biologici in cui si esprimono e delle letture cognitive che ognuno dà di essi in base alle circostanze, alle aspettative e alle proprie esperienze pregresse (Dèttore, 2001).

Sicuramente credenze erranee sulla sessualità possono rinforzare il meccanismo responsabile del Disturbo erettile.

Petrucelli (1996), riprendendo la Kaplan (1974), propose diversi fattori che possono dare origine al disturbo:

- Timore dell'insuccesso insorto a seguito di occasionali perdite dell'erezione che sono state notate e vissute con particolare angoscia, inducendo nei successivi rapporti preoccupazioni circa ulteriori eventuali "fallimenti". Tale condizione potrebbe essere ulteriormente incrementata da

una donna sentita come giudicante e critica nei confronti delle prestazioni dell'uomo o da condizionamenti culturali: nella cultura italiana, ad esempio, è credenza diffusa che l'uomo sia responsabile del condurre la donna all'orgasmo e che debba pertanto necessariamente assumere un ruolo attivo;

- Timore di non essere amato o di essere abbandonato a seguito di prestazioni sessuali non adeguate;
- Incapacità di abbandonarsi alle proprie sensazioni corporee e al piacere a causa di condizionamenti di tipo sessuofobico o per l'eccessiva intellettualizzazione, che farebbe prevalere gli aspetti razionali su quelli emotivi e fisici;
- Eccessivo coinvolgimento e/o novità che potrebbero alimentare l'ansia da prestazione e il timore di insuccesso;
- Mancanza di coinvolgimento e/o novità, strettamente connessi ad una scarsa stimolazione;
- Stress e preoccupazioni anche legate ad altri contesti, che impedirebbero di essere completamente liberi e presenti nel corso del rapporto sessuale.

(Dèttore, 20001; pag. 274-275).

Altre convinzioni disfunzionali che interferirebbero con la prestazione sessuale sono state identificate da Zilbergeld (1978); di seguito sono riportate le più significative:

- *“Nel sesso la prestazione è più rilevante del piacere;*
- *Per le donne è più importante la prestazione piuttosto che l'espressione di affetto e interesse;*
- *L'uomo deve essere sempre attivo e gestire il rapporto sessuale;*
- *Tutti i contatti fisici devono essere finalizzati al sesso;*
- *Il sesso e i rapporti sessuali sono la stessa cosa;*
- *Il sesso richiede sempre un'erezione;*
- *Un uomo deve sempre provare desiderio sessuale ed essere disponibile in tal senso”.*

(Dèttore, 2001, pag. 275).

Quindi, la disfunzione erettile origina dalla presenza di ansia condizionata al momento del rapporto per varie ragioni di seguito riassunte: preoccupazioni riguardanti la propria prestazione sessuale, desiderio di fare bella figura con la *partner*, timore o scarsa consuetudine verso le donne, preoccupazioni concernenti le dimensioni del pene, atteggiamenti sessuofobici, insicurezza per la propria scarsa esperienza sessuale. Tali preoccupazioni incrementano la risposta di ansia e stress, fisiologicamente incompatibili con l'erezione a causa dell'attivazione del sistema ortosimpatico; inoltre, la presenza di pensieri ansiogeni di vario tipo impedisce l'attenzione verso le stimolazioni sessuali così come blocca l'elaborazione di fantasie sessuali eccitanti, facendo venire meno

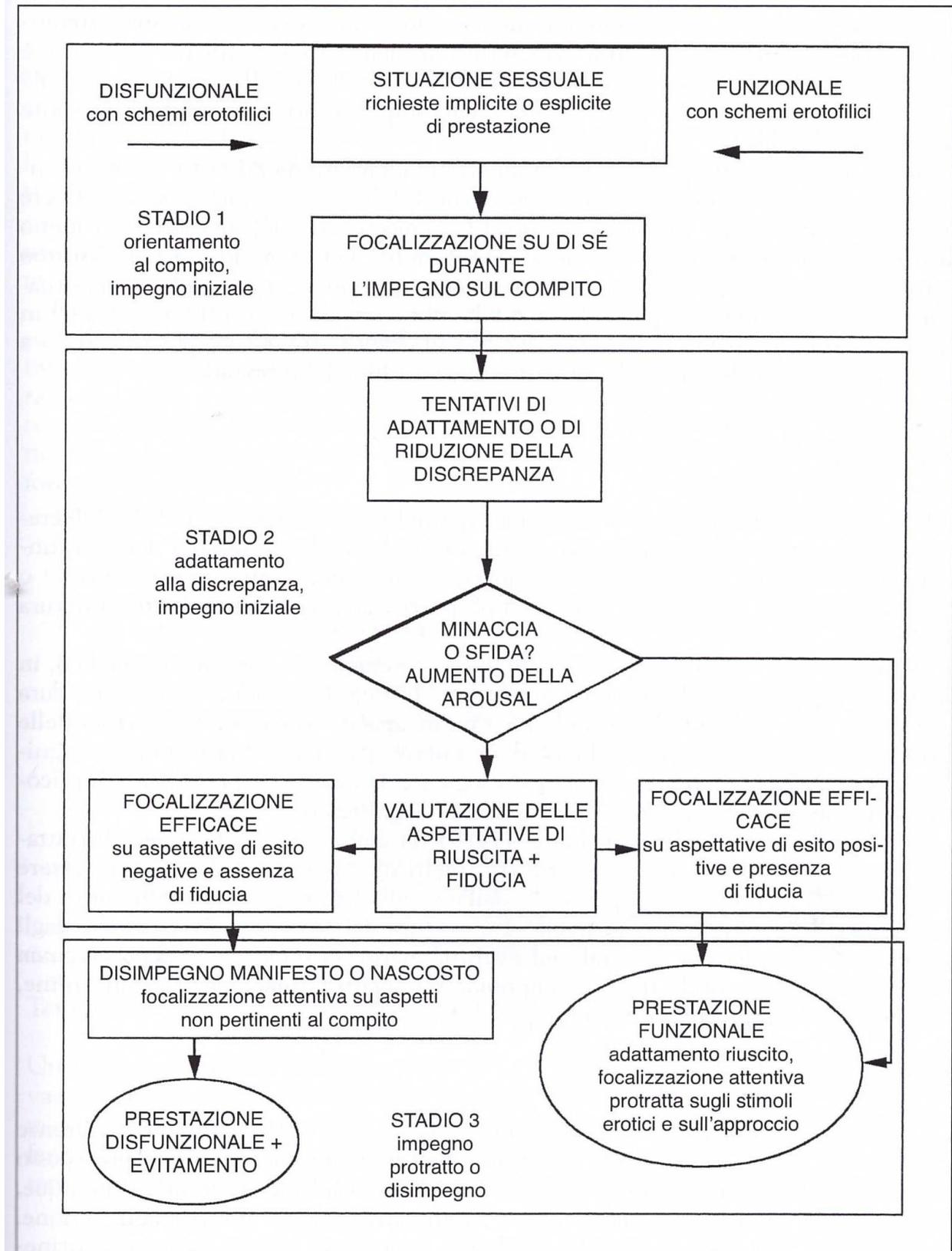
importanti *trigger* dell'attività sessuale e compromettendo il raggiungimento dell'erezione. L'ansia e la distrazione sono accompagnate anche da un'errata focalizzazione sul compito: nel corso del rapporto sessuale, i soggetti che non soffrono di Disturbo erettile pongono attenzione agli stimoli e agli indizi di natura erotica, mentre nei soggetti con problemi dell'erezione si instaura un circolo vizioso che produce conseguenze negative.

Sbrocco e Barlow (1996) hanno rappresentato in un diagramma, riportato nella Figura 9, i percorsi funzionali e disfunzionali dei soggetti rispetto al rapporto sessuale. Il *focus* attentivo delle persone con disfunzione erettile, in seguito a pregresse esperienze negative o a schemi cognitivi sessuofobici o caratterizzati da insicurezza personale, si concentra sulle conseguenze di una scarsa prestazione sessuale (critiche, abbandono, ecc.) o su altri stimoli di natura non erotica (pensieri distraenti, come ad esempio le doverizzazioni "Devo avere una buona prestazione"); ciò dà vita ad un incremento dell'attivazione e ad un'ulteriore focalizzazione attentiva sugli aspetti negativi della mancata erezione, in un circolo vizioso che porta ad un sempre maggiore scadimento della risposta sessuale di eccitazione (Dèttore, 2001).

Concludendo, la risposta sessuale di eccitazione può essere danneggiata sia dall'effetto fisiologico inibitore dell'ansia sia dallo spostamento del *focus* attentivo dagli stimoli erotici agli stimoli prestazionali e ansiogeni che desessualizzano la situazione connotandola in termini negativi, il che a sua volta inibisce ulteriormente l'eccitazione sia fisica che cognitiva (Dèttore, 2001).

I fattori di mantenimento di questo circolo vizioso sono: gli insuccessi che rendono più solide le aspettative negative del soggetto dinanzi ad ogni nuovo rapporto incrementando le sue preoccupazioni e ansie, l'evitamento, l'innescò di una reazione di ansia condizionata alla situazione sessuale senza alcuna mediazione cognitiva, la presenza di vantaggi secondari come lo scarso desiderio di coinvolgimento o il *partner* considerato inadatto (Althof, 2000; Dèttore, 2001).

Figura 9. **Diagramma di flusso illustrante i percorsi dei soggetti funzionali e disfunzionali nel processo dell'eccitazione sessuale, secondo Sbrocco e Barlow (1996) – tratto da Dettore D., (2001). "Psicologia e psicopatologia del comportamento sessuale", McGraw-Hill, Milano; pag. 277.**



## 5.6 Il modello metacognitivo

Il modello metacognitivo, elaborato da Adrian Wells circa 25 anni fa, identifica la causa della sofferenza psicologica delle persone non nel contenuto dei loro pensieri ma nel modo in cui esse pensano conseguentemente alla comparsa di pensieri, credenze negative, emozioni e sensazioni, e quindi nella metacognizione (Wells, 2009).

La metacognizione è “*il pensiero applicato al pensiero*” (Wells, 2009, pag.1), cioè quel pensiero che “*monitora, controlla e valuta il processo e il prodotto della coscienza*” (Wells, 2009, pag.1).

Secondo l’approccio metacognitivo, i disturbi psicologici dipendono dal CAS (*Cognitive Attentional Syndrome* o *Sindrome Cognitivo-Attentiva*), cioè da un modello di risposta alle esperienze interiori rigido e inflessibile che si manifesta con fenomeni di ruminazione, focalizzazione attentiva, preoccupazione, strategie di *coping* disfunzionali che contribuiscono ad aumentare la sofferenza psicologica, mantenendo e rinforzando sia le idee negative che le emozioni. Tra i fattori coinvolti nell’attivazione del CAS, un ruolo importante rivestono le credenze metacognitive, ovvero “*le idee e le teorie che ognuno di noi ha in merito al contenuto dei propri pensieri, all’efficienza della propria memoria e alla propria capacità di concentrazione*” (Wells, 2009, pag.5). Esse si dividono in:

- **Credenze metacognitive positive:** si riferiscono all’utilità che il soggetto rileva nel rimanere coinvolto nell’attività cognitiva del CAS (es.: “Preoccuparmi mi aiuta ad affrontare le difficoltà”);
- **Credenze metacognitive negative:** possono riguardare l’incontrollabilità (es.: “Non posso controllare i miei pensieri”) o la pericolosità (es.: “Se non arresto i miei pensieri, impazzirò”).

Il problema è che queste credenze metacognitive, viste dal soggetto come un modo per tenere lontana la minaccia, alimentano il CAS e quindi la sofferenza emotiva (Wells, 2009).

La terapia metacognitiva interviene sui fattori che portano alla ripetitività del pensiero e all’utilizzo di strategie di *coping* disfunzionali, modificando la relazione del soggetto con i propri pensieri (Wells, 2009).

## 6. Principi di trattamento farmacologico

Secondo Althof (2000) è necessario associare alla psicoterapia un trattamento medico in uomini che presentano: una disfunzione erettile che dura da tutta la vita, una scarsa confidenza e un'incapacità ad aprirsi con la *partner* rispetto alle proprie ansie sessuali, significative problematiche mediche che si aggiungono a quelle di natura psicologica, un precedente percorso psicoterapeutico di lunga durata che non ha prodotto risultati significativi (Dèttore, 2001).

Le terapie ormonali, come quelle a base di testosterone, sono indicate solo negli uomini con carenze endogene, che costituiscono il 2% di tutti i casi di disfunzione erettile, e non in coloro che hanno i livelli ormonali nella norma. Anche l'iperprolattinemia, per quanto ugualmente rara (5%), causa *deficit* di erezione: nel caso sia dovuta a farmaci (estrogeni, antidepressivi, alfametil-dopa) è sufficiente sospenderli, se è invece dovuta a fattori organici (adenomi o tumori ipofisari prolattinasecernenti) è necessario intervenire con bromocriptina e/o ipofisectomia (Carmignani e coll., 1999; Dèttore, 2001).

Tra i farmaci assumibili per via orale, attualmente i più conosciuti e validi sono il Sildenafil (Viagra), il Tadalafil e Vardenafil (Cialis, Levitra) che, inibendo la fosfodiesterasi-5, impediscono la vasodilatazione e il rilassamento della muscolatura liscia dei corpi cavernosi, responsabili della detumescenza peniena: quindi, questi farmaci consentono la naturale risposta erettile alla stimolazione sessuale, ma non la producono in assenza di questa. L'emivita del Sildenafil è all'incirca di 3-5 ore, è una sostanza che viene rapidamente assorbita e raggiunge il suo massimo effetto nel giro di un'ora. Gli effetti collaterali principali, che si presentano nel 18-20% dei casi, sono: vampate, cefalea, dispepsia, rinite, disturbi visivi (Dèttore, 2001; Binik e Hall, 2014).

Rosen (2000b) ha rilevato un successo dei farmaci nell'80% dei casi di disfunzione erettile dovuta a fattori psicogeni o a lesioni spinali, l'efficacia scende al 50% nelle persone diabetiche o con esiti di prostatectomia radicale. Non è stata rilevata una correlazione tra l'efficacia del trattamento farmacologico e l'età del paziente o la gravità del disturbo (Dèttore, 2001).

Altre sostanze impiegate sono:

- Apomorfina: agonista dopaminergico che viene somministrato in forma sublinguale e presenta una percentuale di successo pari al 60%;
- Fentolamina: antagonista alfa-1 e alfa-2 adrenergico (i recettori coinvolti nella detumescenza peniena) che ha presentato buoni risultati nel 50% dei pazienti;
- Trazodone: antidepressivo, inibitore della captazione della serotonina e facilitatore del *turn-over* della dopamina, tuttavia di efficacia limitata;

- Yohimbina: alcaloide indolico con attività antagonista alfa-2-adrenergica, la cui efficacia è stata rilevata nel 62% dei casi e, quando associato al trazodone, si registrano esiti migliori del trattamento.

(Dèttore, 2001)

Una grande diffusione, infine, hanno avuto le terapie locali per la loro semplicità d'uso: si tratta di sostanze vasoattive che fanno affluire più sangue nei corpi cavernosi. La più nota è la papaverina (che alle volte viene associata alla fentolamina) che deve essere utilizzata con cautela in quanto l'eccessivo ricorso a questa sostanza può causare problemi di fibrosi o attacchi repentini di priapismo. Recentemente è stata proposta la prostaglandina E1, associata a minori rischi di crisi di priapismo, non si esclude tuttavia il rischio di fibrosi in caso di utilizzo prolungato (Dèttore, 2001).

## 7. Principi di trattamento e tecniche psicoterapeutiche

Secondo il *Process Care Consensus Panel* (1999) sono tre i livelli di terapia, che dovrebbero essere adottati in maniera consequenziale qualora fallisse il livello precedente:

1. Psicoterapia sessuale, terapia farmacologica per via orale ed eventualmente terapia ex vacuo (*vacuum device*);
2. Terapia farmacologica locale;
3. Terapia chirurgica.

Nei casi in cui la disfunzione erettile abbia un'origine psicogena o mista, è particolarmente indicato l'intervento psicoterapico, preferibile al solo trattamento farmacologico, affinché l'individuo possa riacquisire un certo controllo sulla propria attività sessuale sviluppando nuove abilità e strategie (Dèttore, 2001).

Qualsiasi trattamento psicoterapeutico inizia con la condivisione con il paziente della concettualizzazione del suo caso, per poi concordare gli obiettivi da raggiungere a breve, medio e lungo termine.

Nel corso del trattamento del Disturbo erettile vengono utilizzate varie tecniche cognitive e comportamentali che verranno approfondite di seguito.

### 7.1 Psicoeducazione

La psicoeducazione è il primo *step* del processo di trattamento, in quanto la conoscenza del proprio disturbo è un aspetto essenziale per il cambiamento. Nella fase iniziale della terapia, quindi, vengono spiegati al paziente gli aspetti principali del disturbo e i meccanismi che lo hanno generato e che lo mantengono. Ciò aiuta il paziente a sentirsi validato dal terapeuta, rinforzando l'alleanza terapeutica, e al tempo stesso a sentirsi rassicurato e normalizzato nella misura in cui egli comprende che il suo è un problema studiato, conosciuto, che affligge anche altre persone e per il quale esiste un trattamento: questi aspetti di per sé già abbattano i timori iniziali scaturiti da convinzioni irrazionali (es. "Non potrò mai più fare sesso", "Non guarirò mai") che generano nella persona emozioni di ansia e paura.

Nello specifico, la psicoeducazione rivolta ad una persona con il Disturbo erettile avrà i seguenti obiettivi:

- Far conoscere al paziente l'anatomia sessuale e il ciclo di risposta sessuale;

- Migliorare la consapevolezza del proprio corpo (esplorazione visiva e cinestesica);
- Fornire informazioni sui meccanismi alla base del processo di erezione e sulle cause della disfunzione erettile;
- Comprendere i fattori fisiologici e psicologici coinvolti nel rapporto sessuale;
- Esaminare le credenze e i miti comuni inerenti il sesso.

Andranno inoltre spiegati: la natura dell'ansia, il suo significato come risposta alla minaccia, i vantaggi e gli svantaggi della stessa; il riconoscimento delle emozioni e la loro funzione volta a garantire la sopravvivenza della specie; i vantaggi e gli svantaggi a breve e a lungo termine sia dei comportamenti di evitamento e protettivi che dei comportamenti di esposizione. Il terapeuta, in questa fase, dovrebbe soffermarsi sul ruolo delle false interpretazioni e dei comportamenti coinvolti nel mantenimento dell'ansia da prestazione, avvalendosi, quando possibile, anche di alcuni esperimenti comportamentali, come il compito delle coppie associate e il compito centrato sul corpo, descritti rispettivamente nei paragrafi 7.1.1 e 7.1.2.

### **7.1.1 Compito delle coppie associate**

Questo esperimento comportamentale permette al paziente di esperire in maniera diretta l'effetto dei pensieri sull'ansia e sulle sensazioni fisiche associate. Senza anticipare al paziente lo scopo di questo compito, gli viene chiesto di leggere ad alta voce una lista di coppie di parole riportate su dei cartoncini, soffermandosi sul loro significato per circa 5-8 secondi. Sui cartoncini sono riportate parole che si riferiscono alle sensazioni dell'ansia e alle conseguenze catastrofiche attese dal paziente (es.: assurdit  - follia). Terminato l'esercizio, si chiede al paziente cosa ha notato e, solitamente, viene riportato un lieve incremento dell'ansia o una maggiore consapevolezza di alcune sensazioni fisiche: si spiega dunque al soggetto la connessione tra le proprie interpretazioni e l'attivazione emotiva e fisiologica (Wells, 1997).

### **7.1.2 Compito centrato sul corpo**

Questo esercizio   utilizzato per spiegare al paziente il ruolo dell'attenzione selettiva nella percezione dei sintomi: focalizzando l'attenzione su alcune parti del corpo si pu  diventare consapevoli di sensazioni normalmente ignorate e assistere ad un incremento delle stesse.

Per lo svolgimento dell'esercizio, viene chiesto al paziente di focalizzare la propria attenzione per circa 2 minuti su una parte del corpo neutrale (solitamente il piede o la punta delle dita del piede) e al termine dell'esperimento di riferire cosa ha notato; si discute quindi della somiglianza dei sintomi prodotti con questo esercizio con quelli prodotti dai continui controlli sul corpo (Wells, 1997).

## 7.2 Interventi cognitivi

### 7.2.1 La ristrutturazione cognitiva

La ristrutturazione cognitiva è una delle tecniche principali della terapia cognitivo-comportamentale. Essa consiste nella modificazione di convinzioni disfunzionali relative a sé stessi e al mondo esterno, di cui l'individuo può essere più o meno consapevole.

In un'ottica cognitivo-comportamentale, per cui le reazioni emotive e comportamentali non dipendono dagli eventi ma dalla nostra interpretazione degli stessi, attraverso la ristrutturazione cognitiva si producono delle modificazioni nel modo di pensare che diviene più realistico, dando vita a reazioni emotive e comportamentali più funzionali. In breve, la ristrutturazione cognitiva consente di:

- Identificare i Pensieri Automatici Negativi e le credenze del paziente sottostanti;
- Sottoporli al vaglio di un ragionamento logico-razionale, identificando le distorsioni contenute in essi;
- Sostituirli con pensieri e credenze più obiettivi, realistici e funzionali;
- Testarne la validità con l'aiuto di esperimenti comportamentali che consentano di acquisire una visione diversa e una risposta più variegata e meno rigida nei confronti del problema presentato, ma anche di sé e del mondo.

Una volta individuato il Pensiero Automatico Negativo, sarà necessario riconoscere il tipo di errore contenuto in esso. A questo proposito si riporta un elenco delle principali distorsioni cognitive di Beck (Wills, 2012):

- *Pensiero "tutto o nulla"* (denominato anche pensiero in bianco e nero, polarizzato o dicotomico). Una situazione viene vista in soli due modi contrapposti invece che in un *continuum*. Gli eventi vengono visti come tutti bianchi o tutti neri, buoni o cattivi senza che venga considerata una via di mezzo;
- *Pensiero catastrofico* (chiamato anche predizione del futuro). Si predice il futuro in maniera negativa senza considerare altri possibili esiti o sviluppi: ci si aspetta in continuazione che avvenga un disastro, pertanto si è sempre all'erta. Pensando in questo modo al futuro, si creano intense reazioni di ansia;
- *Squalificare o svalutare il positivo*. Le esperienze, azioni o qualità positive dell'individuo vengono da lui sminuite, non contano, non hanno valore;
- *Ragionamento emotivo*. Si pensa che qualcosa sia vera solo per il fatto che si "sente" (in realtà si crede) fortemente che sia così, ignorando, svalutando o minimizzando tutto ciò che prova il contrario;

- Etichettamento. Si attribuiscono a se stessi e agli altri etichette globali, rigide senza considerare la possibilità che la realtà potrebbe essere meno drastica;
- Esagerazione / minimizzazione. Nell'effettuare valutazioni di se stessi, di un'altra persona o di una situazione, si esagera in maniera irrazionale il negativo e/o si minimizza il positivo;
- Filtro mentale (chiamato anche astrazione selettiva). Un unico dettaglio negativo assume un'importanza ingiustificata senza che venga considerato e valutato appropriatamente tutto l'insieme;
- Lettura del pensiero. Si crede di conoscere ciò che gli altri pensano e provano, o il motivo per cui si comportano in un determinato modo senza considerare altre possibilità;
- Ipergeneralizzazione. Si tirano conclusioni di carattere generale in maniera affrettata, discostandosi dalla situazione oggettiva e attuale;
- Personalizzazione. Ci si assume sempre la responsabilità per i comportamenti negativi degli altri senza prendere in considerazione spiegazioni più plausibili per il loro comportamento. Ciò genera solitamente sensi di colpa;
- Affermazioni "dovrei" e "devo" (chiamati anche imperativi). Sono idee fisse, precise, rigide di come ci si dovrebbe comportare, e la possibilità che queste aspettative non siano soddisfatte è vissuta in maniera eccessivamente negativa. L'errore sta nel considerare un'esigenza assoluta ciò che nella maggior parte dei casi sarebbe obiettivamente solo preferibile, il risultato è che l'infrazione di tali regole provoca una collera intollerabile o forti sensi di colpa;
- Visione tunnel. Ci si sofferma solo sugli aspetti negativi di una situazione cancellando, censurando o minimizzando altri aspetti importanti.

La ristrutturazione cognitiva nel Disturbo erettile può essere condotta avvalendosi di numerose tecniche che vadano a "ristrutturare" pensieri, credenze, atteggiamenti e condizionamenti culturali disfunzionali del paziente.

Di seguito sono illustrate alcune tecniche di ristrutturazione cognitiva.

#### - **ABC**

L'ABC è una tecnica che consente di identificare il contenuto dei Pensieri Automatici Negativi. Tale tecnica è applicata nel modo seguente: siccome i pensieri automatici spesso non sono facilmente accessibili, partendo da una situazione problematica (A) si esorta il paziente ad analizzare prima il suo stato emotivo (C), e quindi gli si chiede quali sono le emozioni principali coinvolte nella sua esperienza problematica, quali gli stati fisiologici e i comportamenti, per poi

risalire alla B, a quelle interpretazioni soggettive ed erronee dell'evento che hanno scatenato le reazioni suddette.

Vista la frequente difficoltà delle persone ad identificare i propri pensieri automatici, il terapeuta si occupa inizialmente di aiutare il paziente a riconoscerli in seduta e, in un secondo momento, lo invita ad utilizzare questa tecnica di auto-osservazione come *homework*.

#### - **Registrazione dei Pensieri Disfunzionali (RPD)**

La Registrazione dei Pensieri Disfunzionali (RPD) (Beck, 1995; Wells, 1997), definita in un secondo momento il Registro del pensiero (Beck, 2011), è uno strumento che consente al paziente di identificare e ristrutturare efficacemente i propri Pensieri Automatici Negativi. È una scheda composta da quattro o sei colonne (Fig. 10) nelle quali registrare un ABC e, successivamente, nella scheda a sei colonne, aiutandosi con una serie di domande, effettuare la messa in discussione dei pensieri disfunzionali, valutando poi l'effetto che ciò ha sul grado di convinzione del pensiero automatico e sull'intensità dell'emozione esperita.

#### - **Tecnica della freccia discendente o scoperta guidata**

Questa tecnica aiuta a comprendere i significati sottostanti il Pensiero Automatico Negativo, e consiste nel chiedere progressivamente al paziente il significato dei suoi pensieri con domande mirate, come "*Cosa intende per...? A cosa è legata tale paura? Cosa rappresenta per lei? Cosa comporta? Cosa potrebbe accadere se...?*". Il fine è quello di rilevare le convinzioni sottostanti che egli ha su se stesso, sugli altri e sul mondo in modo che la riattribuzione di significato sia diretta in modo specifico ai contenuti emersi.

#### - **Dialogo socratico**

Il dialogo socratico è un metodo di conduzione del colloquio improntato all'arte socratica della maieutica. Nel dettaglio, consiste in una serie mirata di domande ed osservazioni che il terapeuta pone al paziente nell'intento di guidarlo alla scoperta delle sue convinzioni patologiche e di promuovere in lui un atteggiamento più critico e consapevole nei confronti dei propri pensieri. L'obiettivo non è quello di fornire al paziente delle risposte, ma di aiutarlo a pensare per se stesso (Taylor S. & Asmundson G.J.G., 2004).

Figura 10. **Modello di RPD** – tratto da Beck J. (1995), “*Cognitive therapy. Basics and beyond*” The Guilford Press, New York. Trad. it. (2008): “*Terapia cognitiva. Fondamenti e prospettive*”. Mediserve: Milano, Firenze, Napoli; pag. 126.

Istruzioni: Quando noti che il tuo umore peggiora, domandati: “**Che cosa mi sta passando per la mente proprio in questo momento?**” e appena puoi scrivi il pensiero o l’immagine mentale nella colonna del “Pensiero automatico”.

Data/ora	Situazione	Pensiero/i automatico/i	Emozione/i	Risposta adattiva	Esito
	<p>1. Quale evento reale, o flusso di pensieri, o sogno ad occhi aperti, o ricordo, ha portato all’emozione spiacevole?</p> <p>2. Quali (se ce ne sono) sensazioni fisiche dolorose hai avuto?</p>	<p>1. Quale/i pensiero/i e/o immagine/i ti è passato per la mente?</p> <p>2. In che misura ci hai creduto sul momento?</p>	<p>1. Quale/i emozione/i (tristezza, ansia, rabbia, ecc.) hai provato sul momento?</p> <p>2. Quanto è stata intensa l’emozione (0-100%)?</p>	<p>1. (opzionale) Quale distorsione cognitiva hai fatto?</p> <p>2. Usa le domande in basso per comporre una risposta al/i pensiero/i automatico/i.</p> <p>3. Quanto credi ad ogni risposta?</p>	<p>1. Quanto credi adesso a ciascun pensiero automatico?</p> <p>2. Quale/i emozione/i senti adesso? Quanto è intensa l’emozione (0-100%)?</p> <p>3. Che cosa farai (o hai fatto)?</p>

Domande per aiutare a comporre una risposta alternativa: 1) Qual è la prova che il pensiero automatico è vero? Che non è vero? 2) C’è una spiegazione alternativa? 3) Qual è la cosa peggiore che potrebbe accadere? Potrei sopravvivere a questo? Qual è la cosa migliore che potrebbe accadere? Qual è l’esito più realistico? 4) Qual è l’effetto del mio credere al pensiero automatico? Quale potrebbe essere l’effetto del cambiare il mio pensiero? 5) Che cosa dovrei fare al riguardo? 6) Se \_\_\_\_ (nome di un amico) fosse nella stessa situazione e avesse questo pensiero, cosa gli/le direi?

### - **Interpretazioni alternative**

Questa tecnica si basa sul presupposto che la prima interpretazione di un evento non è sempre la migliore o la più giusta, anzi spesso è errata; tuttavia, impulsivamente, solo perché è la prima spiegazione che viene alla mente, solitamente si accetta come vera. L'obiettivo di questa tecnica è quello di insegnare al paziente a sospendere il proprio giudizio iniziale e a formulare una varietà di spiegazioni alternative che permettano di riconsiderare, e quindi di ridurre, la probabilità percepita che il primo giudizio possa essere l'unico vero e più plausibile.

### - **Ricerca delle prove**

La principale strategia per modificare le credenze negative consiste in un'indagine accurata e approfondita delle prove che il paziente porta a loro sostegno. Più specificatamente, il terapeuta chiede al paziente di cercare le prove a favore e quelle contro una determinata convinzione e di elencarle su di un foglio diviso in due parti, sostenendolo nella formulazione delle prove contro la propria credenza disfunzionale. Quindi, lo invita a valutare i due elenchi.

### - **Counter**

I *counter* sono i "pensieri contro", cioè una parola ("Falso"), una frase ("Non ha senso"), un'espressione ("Anche se non riuscirò ad avere un'erezione, mia moglie mi amerà") o un'elegante filosofia ("Il mio obiettivo nella vita non è quello di essere popolare ma di sviluppare le mie potenzialità anche se gli altri non condividono") che hanno la finalità di spingere il paziente verso una nuova corrente di pensieri, valori, percezioni, esperienze che andranno a contrastare quelle attuali, disfunzionali e disadattive.

### - **Analisi dei vantaggi e degli svantaggi**

Il paziente viene invitato a riflettere sui vantaggi secondari della disfunzione erettile, che mantengono il disturbo. Quindi, si analizzano i vantaggi e gli svantaggi della sua eccessiva preoccupazione di non riuscire ad avere un'erezione, invitandolo a riflettere su quanto sia "oneroso" per lui assecondare i propri timori: il terapeuta, nella fase finale, minimizza i vantaggi del continuare ad assecondare la propria convinzione disfunzionale, enfatizzando gli svantaggi.

### - **Sviluppo di metafore**

*"Le metafore sono degli specchi che riflettono le immagini che abbiamo di noi stessi, della vita e degli altri. Come Alice possiamo passare attraverso lo specchio e viaggiare oltre l'immagine che lo specchio ci rimanda, entrando nel campo dell'immaginazione creativa dove le immagini metaforiche possono diventare una chiave che apre nuove possibilità di 'illuminazione' (insight) e di cambiamento terapeutico"* (Kopp, 1995, pag.1). Partendo dal presupposto che esiste una

conoscenza esplicita della realtà e una implicita, la tecnica terapeutica delle metafore permette, attraverso la creazione di un'immagine che sia quanto più simile alla situazione analizzata, di fungere da veicolo per la produzione di un cambiamento, attribuendo un significato diverso alla realtà. “*La metafora terapeutica è una storia costruita appositamente per un determinato destinatario per stimolare in lui o in lei una riflessione*” (Casula, 2010, pag. 21): la metafora da vita ad un'esperienza emozionale correttiva, permettendo di riconoscere sia i pensieri sia i comportamenti disfunzionali messi in atto dall'individuo in una determinata situazione e di attuare un cambiamento.

#### - **Continuum cognitivo**

Il paziente con Disturbo erettile frequentemente adotta un modo di pensare polarizzato, per cui può essere utile il ricorso alla tecnica del *continuum* cognitivo che permette di riconoscere le varie sfumature esistenti tra modi di pensare polarizzati e opposti, rappresentati solitamente su una scala dallo 0% al 100%.

#### - **Usare gli altri come punto di riferimento**

Questa tecnica è utilizzata per contrastare le credenze intermedie.

Solitamente, le persone utilizzano parametri di riferimento diversi per se stessi e per gli altri. Questa tecnica permette al paziente di decentrarsi, cioè di acquisire una distanza psicologica dalle proprie credenze disfunzionali riflettendo sulle credenze di altre persone: ciò gli consente di notare l'incongruenza tra ciò che ritiene vero o giusto per sé stesso e ciò che più obiettivamente ritiene vero o giusto per gli altri.

#### - **Guardare da un balcone**

Questa tecnica è utilizzata per contrastare le credenze intermedie e consente di compiere un'operazione di decentramento: il paziente impara ad esaminare le proprie interazioni con gli altri e le proprie idee da un punto di vista di una terza persona. La consegna è: “Provi a fermarsi, a fare un passo indietro su una situazione attuale e osservi se stesso come se si stesse guardando dall'alto di un balcone, cosa vedrebbe o penserebbe?”.

L'obiettivo di questa tecnica è quello di facilitare al paziente una più ampia prospettiva che possa trascendere dalla situazione immediata.

#### - **Presenziare al proprio funerale**

Utilizzata per la ristrutturazione delle credenze di base o per la prevenzione delle ricadute, questa tecnica rientra tra gli strumenti della Terapia Cognitiva mediante Strategie di Decentramento, che consente al paziente di modificare la visione negativa che ha di sé, del mondo, e del futuro

ricorrendo a strategie specifiche di decentramento. Il ricorso a queste tecniche favorisce il miglioramento dell'immagine di sé e del sentimento di efficienza personale, e la riduzione della propria vulnerabilità.

La tecnica del funerale consente al paziente di riflettere sulla direzione in cui sta andando la propria vita e sui valori che la guidano, e quindi di scegliere ciò che è importante per lui, ciò per cui vorrebbe aver vissuto.

#### - **Ristrutturazione dei primi ricordi**

Anche questa tecnica è utilizzata per ristrutturare le credenze di base.

Il terapeuta cerca di far rivivere al paziente degli eventi remoti (soprattutto dell'infanzia) che hanno contribuito allo strutturarsi della credenza di base al fine di aiutarlo a fare una rilettura più sana, corretta e funzionale della vicenda traumatica o vissuta come tale. Deve essere ristrutturato il significato di quell'evento che per anni ha danneggiato la sfera emotiva, l'autostima, i rapporti relazionali e che anche allo stato attuale provoca una condizione di sofferenza.

#### - **Verifiche storiche della credenza di base**

La tecnica delle verifiche storiche della credenza di base è utilizzata per ristrutturare le credenze di base.

E' utile che il paziente comprenda come una credenza sia nata e si sia mantenuta nel corso degli anni, pertanto terapeuta e paziente ricercano nella storia di vita le prove che per anni hanno sostenuto la credenza di base. Vengono registrati i ricordi in una scheda (si lavora essenzialmente sull'età infantile: anni dell'asilo, elementari, medie, scuola superiore, ecc.) e successivamente ci si concentra anche sugli elementi che contraddicono la credenza di base (utilizzando la scheda delle credenze di base). Quindi, si ricercano e si registrano prove che sostengono la nuova credenza nei periodi storici considerati, rivalutando ogni fase della prova negativa. Il paziente infine riassume ogni fase storica della vita.

#### **7.2.2 Training sulle fantasie sessuali**

Utile è un *training* sulle fantasie sessuali, a cui ricorrere sia durante la masturbazione che nel corso del rapporto sessuale. L'utilizzo delle fantasie ha il duplice effetto di incrementare i livelli di eccitazione e, contemporaneamente, di impedire l'insorgenza di eventuali pensieri ansiogeni (Dèttore, 2001; Rosen, Leiblum & Spector, 1994; Zilbergeld, 1992).

### 7.3 Interventi metacognitivi

Il rimuginio (*worry*) riveste un ruolo importante nel mantenimento e nelle recidive del Disturbo erettile e, visto l'impatto che questo fenomeno ha sulla vita delle persone e sul disturbo, è necessario che sia trattato. L'approccio più indicato a tal proposito è quello metacognitivo.

#### 7.3.1 *Attention-Focusing Exercises*

Gli esercizi basati sulla focalizzazione dell'attenzione sono utili per mostrare ai pazienti come l'attenzione giochi un ruolo cruciale nell'individuazione di sensazioni o cambiamenti corporei. Ciò può far riflettere i pazienti su come l'eccessiva attenzione sul corpo possa diventare una risorsa per l'individuazione di sensazioni o cambiamenti corporei che vengono poi erroneamente interpretati; i pazienti possono anche imparare che l'attenzione selettiva è responsabile del fatto che loro avvertono più facilmente i cambiamenti corporei durante il rapporto sessuale rispetto alle altre persone.

Nella Figura 11 è riportato un esempio di un esercizio basato sulla focalizzazione dell'attenzione.

*Figura 11. Esercizio di Focalizzazione Attentiva* – tratto da Taylor S. & Asmundson G.J.G. (2004), *“Treating Health Anxiety”*. The Guilford Press, New York; pag. 166-167.

Focalizzati sulle sensazioni della **gola**, notando qualsiasi prurito o secchezza. Ciò può portarti alla necessità di tossire o di schiarirti la gola.

Focalizzati sul tuo **cuoio capelluto**, notando sensazioni come tensioni, pruriti o formicolii.

Dirigi l'attenzione verso l'**ambiente esterno**, e quindi controlla come si è sentito il corpo durante quel periodo. Vi è stata qualche riduzione nelle sensazioni corporee?

Focalizzati e poi distratti da una **zona del tuo corpo che ti preoccupa**. Nota qualunque variazione nelle sensazioni corporee.

Focalizzati sul **battito delle tue palpebre**. Quali sensazioni noti?

#### 7.3.2 *Il worry management*

Per *worry* si intende una catena di pensieri su futuri eventi catastrofici avente lo scopo di scongiurare e prevenire il verificarsi di questi eventi. Prima di affrontare questo tema, è importante

che il terapeuta affronti con il paziente le sue credenze metacognitive sull'utilità del rimuginio, quando egli avrà compreso l'inutilità di questo processo si potrà procedere con il trattamento (Leveni, D., Lussetti, M., Piacentini, D., 2011).

È stato verificato che il *worry*, una volta attivato, è difficile da interrompere (Wells, 1997), tuttavia Borkovec, Wilkinson, Folensbee e Lerman (1983) introdussero un metodo basato sul controllo dello stimolo che rappresenta l'esercizio al momento più utile per la riduzione del processo rimuginativo. La procedura del *worry management* è illustrata nella Figura 12.

*Figura 12. Esercizio di Worry Management* – tratto da Taylor S. & Asmundson G.J.G., (2004), "Treating Health Anxiety". The Guilford Press, New York; pag. 164.

<p style="text-align: center;"><b>CONTROLLA LA TUA PREOCCUPAZIONE!</b></p> <p>Se sei turbato da preoccupazioni inutili, prova a:</p> <p><b>Stabilire un periodo di preoccupazione.</b> Metti da parte 30 minuti ogni giorno per preoccuparti. Prova a fare tutte le tue ruminazioni durante tale periodo. Ad esempio, potresti decidere che il periodo di <i>worry</i> sarà dalle 6:00 alle 6:30 ogni notte. Non pianificare il periodo di preoccupazione troppo tardi la sera, altrimenti potresti ritardare a prendere sonno.</p> <p><b>Usa un <i>worry diary</i>.</b> Scrivi tutte le tue ruminazioni durante il periodo di preoccupazione. Scrivere le tue preoccupazioni può aiutarti a giudicarle con maggiore obiettività. Utilizza lo stampato "errori di pensiero" per vedere se le tue preoccupazioni contengano errori di pensiero. Potresti anche decidere di risolvere alcune delle tue preoccupazioni, o potresti scoprire che qualche preoccupazione può essere semplicemente respinta perché irrealistica.</p> <p><b>Posponi.</b> Quando ti accorgi di preoccuparti in altri momenti, rinvia la preoccupazione al <i>worry period</i> quotidiano. Potresti prendere una breve annotazione della preoccupazione in un <i>notebook</i>, e dire a te stesso "Mi preoccuperò di questo più tardi."</p> <p><b>Pratica, pratica, pratica!</b> Più ti impegnerai nella pratica di questi esercizi, meglio riuscirai a controllare la tua preoccupazione.</p>
---

### 7.3.3 Il training attentivo (ATT – Attention Training Technique)

Il *training* attentivo è una tecnica la cui attendibilità ed efficacia è stata dimostrata da Papageorgiou e Wells (Papageorgiou & Wells, 1998; Wells, 1997, 2000). Per quanto la ristrutturazione cognitiva modifichi i pensieri disfunzionali, può permanere uno stile attentivo che favorisce il *worry*: il

*training* attentivo viene adoperato per contrastare la tendenza delle persone con Disturbo erettile a focalizzarsi eccessivamente sulle proprie preoccupazioni e sulle sensazioni del proprio corpo, e per aiutarle ad acquisire un maggiore controllo attentivo. Va specificato al paziente che l'obiettivo non è quello di distogliere l'attenzione dai propri vissuti interni oppure di evitare o manipolare le proprie emozioni trasferendo l'attenzione su stimoli neutri, bensì di incanalarla verso contenuti specifici, migliorando le abilità metacognitive: attraverso il *training* attentivo, il paziente imparerà a considerare i propri eventi interni come “rumore di fondo” che non va ostacolato ma di cui va presa consapevolezza, pur continuando a concentrare la propria attenzione su altro (Wells, 2009).

La procedura, della durata di circa 12 minuti, si articola in 3 *step*:

- **Attenzione selettiva (5 minuti):** al paziente è richiesto di prestare attenzione a specifici suoni presenti nell'ambiente, ignorando quelli provenienti da altre localizzazioni spaziali;
- **Switch attentivo (5 minuti):** il paziente viene invitato a spostare l'attenzione da uno stimolo sonoro all'altro (e quindi da un posto all'altro) con una velocità gradualmente crescente, pertanto all'inizio ci si concentra su ogni suono per circa 10 secondi, poi per 5 secondi, e così via;
- **Attenzione divisa (2 minuti):** il paziente deve concentrarsi contemporaneamente su tutti gli stimoli uditivi che avverte, “sovraccaricando” la propria attenzione.

Il livello di difficoltà può variare, e quindi possono essere introdotti da 6 a 9 suoni, di cui alcuni anche “potenziali”, dei quali viene cioè indicata solo la localizzazione spaziale anche in assenza di suoni (es.: “Concentrati su qualsiasi suono provenga dalla tua destra”) (Wells, 2009).

Per monitorare i progressi del trattamento, viene richiesto al paziente di valutare il proprio grado di attenzione prima e dopo lo svolgimento dell'esercizio su una scala a 7 punti riportata di seguito:

-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
Attenzione rivolta completamente all'esterno			Attenzione equamente distribuita	Attenzione rivolta completamente all'interno		

Solitamente, dopo la prima sessione di trattamento, si registra una riduzione dell'attenzione rivolta alle esperienze interne di circa due punti; se ciò non accade, andranno indagate e affrontate le ragioni che hanno impedito il cambiamento (Wells, 2009).

È importante che la pratica sia condotta anche a casa due volte al giorno: si consegna al paziente una scheda di monitoraggio, riportata in Figura 13, che può essere utilizzata anche per individuare in seduta le potenziali fonti sonore da utilizzare, aumentando la *compliance* (Wells, 2009).

Figura 13. **Scheda di sintesi per l'ATT** – tratto da Wells (2009), “*Metacognitive therapy for anxiety and depression*” The Guilford Press, New York. Trad. it. (2012): “*Terapia metacognitiva dei disturbi d’ansia e della depressione*”. Eclipsi, Firenze.

### SCHEDA DI SINTESI PER L'ATT

Si è esercitato con il *training* attentivo (ATT) assieme al suo terapeuta. Affinché esso sia efficace, deve fare pratica anche a casa e questa scheda è stata pensata per aiutarla a tener traccia degli esercizi.

1. Dovrebbe individuare un posto dove esercitarsi, in cui potrà introdurre – o identificare – diversi suoni (almeno tre, ma più sono meglio è): ne discuta con il suo terapeuta.

I suoni potenziali che potrei introdurre sono:

- a.
  - b.
  - c.
  - d.
  - e. suoni che posso udire nelle vicinanze
  - f. suoni che posso udire in lontananza
  - g. suoni che possono provenire da destra
  - h. suoni che possono provenire da sinistra
2. Si eserciti per circa 10-12 minuti, dividendo il tempo come segue: approssimativamente 5 minuti in cui si focalizza su singoli suoni differenti; 5 minuti in cui si sposta rapidamente tra i vari suoni; 2 minuti di attenzione divisa.
  3. Annoti i giorni in cui si è esercitato apponendo una X nelle caselle sottostanti

Giorni	Lun	Mar	Mer	Gio	Ven	Sab	Dom
Sett.							
Sett. 1							
Sett. 2							
Sett. 3							
Sett. 4							

Da Wells (2009). Copyright The Guilford Press. Il possesso del libro “*Terapia Metacognitiva dei Disturbi d’Ansia e della Depressione*” (Eclipsi, 2012) garantisce il permesso di fotocopiare liberamente questo materiale per uso personale.

## 7.4 Interventi comportamentali

Quando il paziente ha chiare tutte le informazioni ed è abbastanza abile nel processo di ristrutturazione cognitiva, è pronto per passare ad uno *step* di matrice più comportamentale con le procedure di decondizionamento, mediante esposizioni graduate in vivo (Dèttore, 2001).

### 7.4.1 Esposizioni graduate in vivo

La tecnica delle esposizioni graduate in vivo consiste nella programmazione della modifica di un comportamento disfunzionale in modo graduale: il terapeuta cognitivo-comportamentale invita il paziente a scomporre il comportamento problematico in una serie di comportamenti di difficoltà minore e di esporsi a questi affrontandoli, in modo graduale, dal meno temuto al più temuto.

Per quanto riguarda il Disturbo erettile, le esposizioni graduate in vivo sono condotte con il metodo della Focalizzazione Sensoriale I e II, un esercizio comportamentale che viene frequentemente impiegato per aiutare i pazienti a raggiungere i tre requisiti necessari per avere una buona vita sessuale: disponibilità, rilassamento e sensualità. In entrambe le fasi è vietata la penetrazione ma, mentre nella prima fase sono previste carezze in tutto il corpo escluse le aree genitali, nella seconda fase le carezze sono consentite su tutto il corpo comprese le aree genitali, possono inoltre essere successivamente introdotti lubrificanti, oli profumati, vibratori, e tutto ciò che può alimentare il senso del piacere della stimolazione: la conseguenza di ciò è, molto spesso, un arricchimento del repertorio sessuale della coppia e il superamento di eventuali inibizioni preesistenti (Dèttore, 2001). Terminata la seconda fase della Focalizzazione Sensoriale, la coppia può procedere al rapporto completo sempre in maniera graduale: la Kaplan (1974), a questo proposito, suggerisce come primo passo verso il rapporto vero e proprio il “coito inesigente”, che prevede che la donna si posizioni sopra il *partner* introducendo il pene in vagina e che compia movimenti lenti e poco ampi. Gli scopi della Focalizzazione sensoriale sono: rimettere in funzione il “volano della sessualità”, ridurre l’ansia prestazionale, fare un’esposizione graduata, scoprire nuove possibili zone erogene, migliorare la comunicazione fra i *partner* in ambito sessuale ed eventualmente ottenere un effetto di reattanza.

Devono essere previste anche desensibilizzazioni sistematiche specifiche nel caso in cui sia presente ansia legata a particolari aspetti del rapporto sessuale o della situazione interpersonale (Dèttore, 2001).

## 7.5 Tecniche di gestione dell'ansia

A completamento del percorso di trattamento del Disturbo erettile, è fondamentale insegnare al paziente delle tecniche di rilassamento che gli consentano di gestire le attivazioni fisiologiche ed emotive quotidiane in maniera sempre più rapida, evitando innalzamenti dell'ansia e acquisendo la capacità di generare stati di rilassamento sempre più profondi.

Per questo tipo di esercizi è indispensabile la pratica quotidiana.

### 7.5.1 Respirazione diaframmatica

La respirazione diaframmatica è una respirazione “di pancia”, calma e consapevole, durante la quale l'attenzione è rivolta al respiro e alle sensazioni del corpo nel corso dell'inspirazione e dell'espiazione.

Per trasmettere la tecnica al paziente e per fargliene sperimentare la sua utilità, il terapeuta lo invita a respirare con il torace e a notare le sensazioni di una respirazione rapida e poco profonda; successivamente, lo invita ad effettuare una respirazione diaframmatica, lenta e profonda, notando le differenze fisiologiche e psicologiche rispetto all'esperienza precedente. Nel primo caso il respiro accelerato intensifica le sensazioni ansiose, mentre nel secondo caso si raggiunge rapidamente uno stato di rilassamento profondo (Taylor S. & Asmundson G.J.G., 2004).

### 7.5.2 Training autogeno – T.A.

Il *Training Autogeno* è una tecnica terapeutica realizzata da Johannes Schultz (1884-1970), medico e psichiatra, negli anni '20. Schultz definì il T.A. come “*autodistensione da concentrazione psichica*”, realizzabile attraverso “*un esercizio sistematico (che si sviluppa da sé e plasma il nostro io) per la formazione di se stessi*” (Schultz, 1932).

Il T.A. si fonda sul principio che gli essere umani possono produrre dei cambiamenti nel loro stato psicofisico, riducendone l'attivazione, attraverso l'immaginazione. L'uomo, difatti, è un'unità psicofisica ed è per tale motivo che quando interveniamo su una sua parte (soma o psiche) modifichiamo necessariamente tutto il resto. Come afferma Hoffmann: “*Esistono moltissimi metodi per realizzarsi completamente; uno dei più semplici è proprio il T.A. che ha come punto di partenza la distensione della muscolatura scheletrica, la più semplice per l'uomo. Come la distensione psichica produce rilassamento muscolare, così anche il rilassamento muscolare, come nel caso del T.A., comporta una distensione psichica*” (Hoffmann, 1980, pag.201). Attraverso il T.A. si impara dunque a produrre uno stato di rilassamento immaginando alcune sensazioni fisiche piacevoli in maniera progressiva, concentrandosi dapprima su precise zone del corpo e poi su tutto l'organismo.

“Secondo Schultz, con il T. A. si possono raggiungere:

- Riposo;
- Autodistensione;
- Autoregolazione delle funzioni corporee normalmente “involontarie”;
- Eliminazione del dolore;
- Autodeterminazione (tramite formulazione di proponimenti);
- Autocritica e autocontrollo (tramite l’introspezione).” (Pasinetti, 2012).

### Gli esercizi

Gli esercizi del T. A. sono sei: due fondamentali e quattro complementari:

- *Esercizio della pesantezza*: induce uno stato di ipotonia muscolare, ovvero di rilassamento muscolare, con interessamento dei muscoli striati e lisci;
- *Esercizio del calore*: induce una vasodilatazione periferica e, di conseguenza, un aumento del flusso sanguigno;
- *Esercizio del cuore*: induce un miglioramento della funzione cardiovascolare;
- *Esercizio del respiro*: induce un miglioramento della funzione respiratoria;
- *Esercizio del plesso solare*: induce un aumento del flusso sanguigno negli organi interni;
- *Esercizio della fronte fresca*: genera una leggera vasocostrizione nella regione encefalica che può indurre l’eliminazione o la riduzione di eventuali mal di testa.

### **7.5.3 Esercizi di immaginazione e visualizzazione**

L’immaginazione guidata è “un processo in cui si va verso l’interno, si concentra l’attenzione sul respiro e sul rilassamento del corpo e ci si sposta su livelli di coscienza più profondi, dove la mente conscia può accedere a un maggior numero di immagini” (Murdock, 1989; pag. 9).

Il rilassamento per immagini consiste nell’immaginare scene rilassanti, situazioni distensive e positive. Richiede buone capacità di immaginazione e creatività che in alcuni casi possono essere sviluppate o comunque incrementate tramite l’esercizio: l’individuo dovrebbe riuscire a riprodurre nella propria mente gli stimoli visivi, uditivi, olfattivi, gustativi e somatici associati alla situazione positiva (Marsigli & Bislenghi, 2005). Le immagini create sono molto soggettive e dipendono da ciò che per ognuno riproduce un luogo sicuro e rilassante: esse potrebbero assumere la forma di un viaggio in montagna o al mare, di un incontro con un “alleato interiore” che rappresenta la saggezza, la visualizzazione di un obiettivo personale raggiunto, ecc. (Murdock, 1989).

## 7.6 Analisi della dimensione di coppia

Infine, non va sottovalutata la dimensione di coppia anche nel corso dell'intervento: consigliata è un'analisi delle interazioni e della situazione di coppia soprattutto qualora la difficoltà di erezione sia secondaria, perché potrebbero essere rilevati cambiamenti nel rapporto di coppia (es.. conflitti tra i *partner*), nelle abitudini (es., mancanza di *privacy*, di tempo libero, presenza di seri problemi) o nell'aspetto del *partner* (es., scarsa igiene personale, obesità, ecc.) che possono aver reso l'intimità sessuale meno stimolante (Dèttore, 2001; Binik & Hall, 2014).

## 7.7 Training assertivo

Nel caso in cui sia presente ansia legata a particolari aspetti della situazione interpersonale, può essere indicato un *training* assertivo per ridurre i livelli di ansia sociale.

L'assertività consiste nel riconoscere ed esprimere le proprie emozioni, difendere i propri diritti e manifestare i propri bisogni, preferenze, desideri, critiche e opinioni in maniera onesta, diretta e adeguata.

Il *training* assertivo è strutturato in quattro *step*:

- Imparare a riconoscere e distinguere gli stili assertivo, aggressivo e passivo;
- Conoscere i diritti assertivi e i loro limiti;
- Conoscere e comprendere le cause e le convinzioni che sono alla base dei comportamenti non assertivi;
- Apprendere ad applicare nei rapporti di tutti i giorni le abilità precedentemente acquisite.

## 7.8 Difficoltà di trattamento

Lo Piccolo (1992) sosteneva che, sebbene la Focalizzazione Sensoriale avesse lo scopo di ridurre in livelli di ansia da prestazione, in alcuni soggetti è presente un'"ansia da metaprestazione", cioè nell'individuo persiste la preoccupazione relativa alla prestazione anche se gli è stato indicato di non farlo: in questi casi, un tipico pensiero è "Io sono qui rilassato, non devo avere un'erezione perché non devo avere un rapporto, e allora perché non mi viene l'erezione?". In questi casi, più che la Focalizzazione Sensoriale, è indicata una terapia che lavori sugli aspetti metacognitivi. Un'altra difficoltà in cui si potrebbe incorrere nel corso del trattamento identificata da LoPiccolo (1992) è la scarsa disponibilità della *partner* ad essere soddisfatta mediante stimolazioni differenti dalla

penetrazione. In questi casi il trattamento deve prevedere degli incontri con la *partner* atti a incrementarne la ricettività a forme non penetrative di rapporto sessuale (Dèttore, 2001).

## 8. Prevenzione delle ricadute

L'obiettivo finale di una psicoterapia è quello di rendere la persona il più autonoma e responsabile possibile rispetto al proprio benessere, nonostante le sue vulnerabilità (Leveni, D., Lussetti, M., Piacentini, D., 2011). In quest'ottica, la fase finale del trattamento ha come obiettivi il miglioramento della qualità di vita del paziente e lo sviluppo di un programma di prevenzione delle ricadute, caratteristica essenziale di ogni piano terapeutico (Taylor S. & Asmundson G.J.G., 2004).

Hawton e coll. (1992) hanno rilevato, nonostante il successo degli interventi terapeutici, un alto tasso di ricadute: al termine della terapia il 70% dei pazienti migliora, ma solo il 56% mantiene i risultati dopo 3 mesi.

Visti questi risultati, al fine di stabilizzare i successi raggiunti nel corso del trattamento, diviene necessario prevedere un *training* di prevenzione delle ricadute (Marlatt e Gordon, 1982; 1985). McCarthy (1993) suggerì diverse strategie:

- Programmare occasionali incontri sessuali inesigenti e senza penetrazioni, che abbiano come solo obiettivo quello di provare sensazioni piacevoli;
- Fare dei *role-playing* per acquisire strategie che permettano di fronteggiare esperienze sessuali insoddisfacenti o negative;
- Aumentare le manifestazioni affettuose e i comportamenti intimi diversi dal rapporto sessuale;
- Prevedere delle sedute di *follow-up* dopo il termine della terapia.

Altro aspetto fondamentale al fine di prevenire le ricadute è la capacità di discernere tra insuccesso, *relapse* e *lapse*: l'insuccesso è il fallimento terapeutico, la ricaduta o *relapse* si ha quando si rileva un peggioramento dopo un iniziale miglioramento, lo scivolone o *lapse* è un occasionale, isolato e limitato episodio di mancamento dell'erezione. Il paziente deve saper distinguere tra *lapse* e *relapse* ed essere quindi consapevole che possono esserci degli episodi di perdita di erezione per motivi che rientrano nella normale variabilità, ma che questo non annulla i successi terapeutici né tantomeno lo rende un "impotente". Qualora dovesse esserci un *lapse*, egli dovrà riprendere le procedure di controllo del pensiero (tecniche di ristrutturazione cognitiva) acquisite nel corso del trattamento senza ricominciare a "catastrofizzare": il *lapse* diviene, in quest'ottica, un'opportunità per riprendere le abilità apprese nel corso del trattamento (Dèttore, 2001).

Infine, può essere molto utile associare a questi interventi specifici un *training* di rilassamento (*training* autogeno, respirazione diaframmatica, rilassamento muscolare progressivo di Jacobson) per ripristinare il normale andamento delle funzioni neuropsichiche e neurovegetative

dell'organismo che regolano, tra le altre cose, i meccanismi fisiologici responsabili dell'acquisizione e del mantenimento dell'erezione.

Sempre in un'ottica di prevenzione delle ricadute, molto utili possono rivelarsi gli esercizi di *mindfulness* che insegnino all'individuo a stare nel momento presente in maniera intenzionale e non giudicante, impedendo il rimuginio, che alimenta i pensieri catastrofici sottostanti il Disturbo erettile e impedisce di vivere serenamente la sessualità.

Naturalmente, concludere la terapia non significa smettere di applicare tutto ciò che è stato appreso nel corso del trattamento: è fondamentale che il terapeuta sottolinei al paziente l'importanza di continuare a mettere in atto sistematicamente le tecniche apprese. È comunque vero che, dopo un lungo periodo di benessere, il paziente sarà sempre meno sistematico, ma dovrà ricordarsi di rimettere in pratica assiduamente quanto appreso non appena avvertirà i primi “segnali di allarme” (Leveni, D., Lussetti, M., Piacentini, D., 2011).

Al termine della terapia sono inoltre previsti degli incontri di *follow-up* a 3, 6 e 12 mesi per valutare insieme al paziente i progressi e discutere di eventuali difficoltà insorte (Taylor S. & Asmundson G.J.G., 2004).

## 9. Efficacia della terapia

L'efficacia di un intervento sanitario o sociosanitario è la sua capacità di modificare in senso favorevole il decorso di una malattia, producendo esiti di salute migliori di quanto non potesse avvenire con il decorso spontaneo e naturale della condizione in esame. Altro aspetto necessario per determinare l'efficacia della terapia è che i miglioramenti siano superiori ai possibili effetti collaterali o indesiderati (Moderato & Rovetto, 2007).

La valutazione scientifica dell'efficacia degli interventi psicoterapici è fondamentale e non meno importante di quella dei farmaci. Rosen (2000b), sperimentatore e gran sostenitore dell'efficacia del Sildenafil, ha sottolineato come tale farmaco a volte riveli altri problemi sessuali o, risolvendoli, mette in luce difficoltà di coppia o dell'altro *partner*. Quindi, in linea con quanto sostenuto dal *Process Care Consensus Panel* (1999), il primo livello della terapia sessuale deve prevedere la psicoterapia sessuale associata ad una terapia farmacologica per via orale: nel trattamento dei disturbi dell'erezione, l'associazione del trattamento psicoterapeutico a quello farmacologico può rivelarsi la formula vincente (Hawton, 1998) anche quando l'origine del disturbo sia organica, in quanto un supporto psicologico può aiutare nel fronteggiare le conseguenze psicologiche, sociali e relazionali che derivano dalla problematica insorta (Dèttore, 2001).

Le evidenze scientifiche hanno inoltre dimostrato l'efficacia dei trattamenti psicoterapeutici ad orientamento cognitivo-comportamentale per il Disturbo erettile, in particolare per la riduzione dell'ansia sessuale e per il miglioramento della comunicazione (Roth et al., 2004).

Una meta-analisi pubblicata nel 2008 sul *Journal of Sexual Medicine* ha mostrato che nel trattamento del Disturbo erettile gli interventi psicologici possono essere tanto efficaci quanto i rimedi farmacologici; tuttavia, i risultati migliori sono stati ottenuti associando la terapia farmacologica al trattamento psicologico (Melnik, Soares, Nasello, 2008). Un altro studio del 2007 aveva già dimostrato la maggiore efficacia del trattamento combinato con Sildenafil e terapia cognitivo-comportamentale rispetto al solo trattamento farmacologico (Banner e Anderson, 2007).

Pur non essendoci evidenze scientifiche circa l'utilizzo di interventi cognitivi basati sulla *mindfulness* per il trattamento della disfunzione erettile, è comprovata la sua efficacia per la riduzione dei sintomi di ansia e di depressione, oltre che per la riduzione dello stress, tutti fattori che influiscono sull'equilibrio psicofisico dell'individuo e che entrano in gioco anche nella genesi del Disturbo erettile (Vøllestad J, Sivertsen B, Nielsen GH., 2011; Chiesa A, Serretti A., 2009; Deyo M, Wilson KA, Ong J, Koopman C., 2009).

## Bibliografia

- Abraham, G. (1977), Deficienze sessuali e medicina psicosomatica. *Sessuologia*, 3.
- Althof, S.E. (2000), *Erectile dysfunction. Psychotherapy with men and couples*. In Leiblum, S., & Rosen, R.C. (a cura di) (2000), *Principles and practice of sex therapy*. New York/London: The Guilford Press.
- American Psychiatric Association (1952). *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (DSM-I)*. Tr. it. Masson: Milano (1989).
- American Psychiatric Association (1968). *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (DSM-II)*. Tr. it. Masson: Milano (1989).
- American Psychiatric Association (1980). *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (DSM-III)*. Tr. it. Masson: Milano (1989).
- American Psychiatric Association (1987). *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (DSM-III-R)*. Tr. it. Masson: Milano (1989).
- American Psychiatric Association (1994). *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (DSM-IV)*. Tr. it. Masson: Milano (1995).
- American Psychiatric Association (2000). *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (DSM-IV-TR)*. Tr. it. Masson: Milano (2002).
- American Psychiatric Association (2013). *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (DSM-5)*. Tr. it. Cortina: Milano (2014).
- Banner, L.L., & Anderson, R.U. (2007). Integrated sildenafil and cognitive-behavior sex therapy for psychogenic erectile dysfunction: a pilot study. *The journal of sexual medicine*, 4: 1117-25.
- Beck, A.T. (1964), Thinking and depression: Part II. Theory and therapy. *Archives of General Psychiatry*, 10: 561-71.
- Beck, A.T., Steer, R.A., & Brown, G.K. (1996), *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Beck, J.S. (1995). *Cognitive Therapy. Basics and Beyond*. New York: The Guilford Press. Trad. it. (2002): *Terapia Cognitiva. Fondamenti e prospettive*. Roma: Mediserve, 2002.
- Beck, J.S. (2011). *Cognitive behavior therapy: basics and beyond (2nd edition)*. New York: Guilford.
- Beretta, G. (1994). *Disfunzioni sessuali maschili*. Tirrenia (Pisa): Edizioni del Cerro.

- Binik, Y.M., & Hall, K.S.K. (2014). *Principles and practice of sex therapy*. New York: The Guilford Press.
- Bloch, I. (1906), *Sexualwissenschaft*.
- Boccadoro, L., & Perillo, A. (1996). *Sexuality Evaluation Schedule Assessment Monitoring (SESAMO)*. Firenze: Organizzazioni Speciali.
- Butcher, J. N., Graham, J. R., Tellegen, A., & Kaemmer, B. (1989), *Manual for the restandardized Minnesota Multiphasic Personality Inventory: MMPI-2*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Butcher, J.N., & Williams, C.L. (1996), *Fondamenti per l'interpretazione del MMPI-2 e del MMPI-A*. Firenze: Organizzazioni Speciali.
- Carmignani, D., De Rose, A., Simonato, A., Galli, S., Scotto, S., Diacomano, G., & Traverso, P. (1999). Le terapie biologiche delle disfunzioni erettili. In G. Cociglio, D. Fontana, M. Massobrio & G.G. Rovera (a cura di), *La coppia. Nuove realtà, nuovi valori, nuovi problemi* (pp. 227-235). Milano: Franco Angeli.
- Casula, C.C. (2010), *Giardinieri, principesse, porcospini. Metafore per l'evoluzione personale e professionale*. Milano: Franco Angeli
- Chiesa, A., & Serretti, A. (2009). Mindfulness-based stress reduction for stress management in healthy people: a review and meta-analysis. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, May;15(5):593-600
- Curling, T.B. (1878), *Functional disorders of the testicle: impotency*. In: *Diseases of the testis, spermatic cord and scrotum*. London: Churchill, 429-65.
- D'Ottavio, G., & Laganà, A., *Le disfunzioni erettili: aspetti medici*. In: Simonelli, C. (a cura di) (1997), *Diagnosi e trattamento delle disfunzioni sessuali*. Milano: Franco Angeli, 59-73.
- D'Ottavio, G., & Simonelli, C. (1990), *Andrologia e psicopatologia del comportamento sessuale*. Roma: La Nuova Italia Scientifica.
- Daquino, G. (1977), A proposito di impotenza psicogena, *Sessuologia*, 3.
- Darmond, P. (1986), *Damming the innocent. A history of the persecution of the impotent in pre-revolutionary France*. New York: Viking Penguin, 1-234.
- de Graaf, R. (1667), *Tractatus de Virorum Organis*. In: *Opera Omnia*. Ex officina Hackiana, 1-53.
- Dèttore, D. (2001), *Psicologia e psicopatologia del comportamento sessuale*. McGraw-Hill: Milano.

- Deyo, M., Wilson, K.A., Ong, J., & Koopman, C. (2009). Mindfulness and rumination: does mindfulness *training* lead to reductions in the ruminative thinking associated with depression? *Explore, Sep-Oct;5(5):265-71*.
- Eckhard, C. (1863), Untersuchungen uber die erection des penis beim hunde. *Beitr Anat Physiol, 3:123-50*.
- Ellis, A., (1962), *Reason and emotion in psychotherapy*. Syracuse (New York): Citadel. Trad. it. (1989). *Ragione ed emozione in psicoterapia*. Roma: Astrolabio.
- Eysenck, H., & Rachman, S. (1965), *Terapia del comportamento nevrotico*. Milano: Franco Angeli.
- Feldman, H.A., , Goldstein, I., Hatzichristou, D.G., Krane, R.J., & McKinlay, J.B. (1994), Impotence and its medical and psychosocial correlates: results of Masachussets Male Aging Study. *Journal of Urology, 151: 54-61*.
- First, M.B., Gibbon M., Spitzer R.L., Williams, J.B.W., & Benjamin, L.S. (1997), *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders (SCID-II)*. Washington, D.C.: American Psychiatric Press.
- Fisher, W., Rosen, R., Eardley, I., Niederberger, C., Nadel, A., Kaufman, J., et al. (2004). The multinational men's attitudes to life events and sexuality (MALES) study phase II: Understanding PDE5 inhibitor treatment seeking patterns, among men with erectile dysfunction. *Journal of Sexual Medicine, 1, 150-160*.
- Freud, S. (1905), *Tre saggi sulla teoria sessuale*. In: *Opere di Sigmund Freud Vol. 3* (1966). Torino: Boringhieri.
- Friedman, D. (1977), Psychoandrolgy, in Money, J., & Musaph, H. (ed.) (1978), *Handbook of Sexology*, Elsevier/north-Holland Biomedical Press B.V. Amsterdam. Tr. it. Psicoandrolgia in Money, J., & Musaph, H. (a cura di), *Sessologia*, Roma: Borla.
- Gebhard, P.H., & Johnson, A.B. (1979), *The Kinsey data: marginal tabulations of the 1935-1965 interviews conducted by the Institute for Sex Research*. Philadelphia: Saunders.
- Hawton, K. (1998). Integration of treatments for male erectile dysfunction. *Lancet, 351, 7-8*.
- Hawton, K., Catalan, J., & Faff, J. (1992). Sex therapy for erectile dysfunction: characteristics of couples, treatment outcome, and prognostic factors. *Archives of Sexual Behavior, 21, 161-175*.
- Hippocrates, *Airs, waters and places*. In: Chadwick, A.J., & Man, W.N. (1987), eds. *Hippocratic writings*. London: Penguin, 47-64.

- Hoffmann, B. H. (1977). *Handbuch des autogenen trainings*. Monaco: Deutscher Taschenbuch Verlag GmbH. Trad. it.: Weilbacher, R. (a cura di). *Manuale di Training Autogeno*. Roma: Astrolabio, 1980.
- Kaplan, H.S. (1974), *The new sex therapy*. New York: Brunner/Mazel. Trad. It.: *Nuove terapie sessuali*. Milano: Bompiani, 1976.
- Kaplan, H.S. (1979a), *Disorders of sexual desire*. New York: Brunner/Mazel. Trad. It.: *I disturbi del desiderio sessuale*. Milano: Mondadori (1981).
- Kinsey, A., Pomeroy, W.B., Martin, C.E., & Gebhard, P.H. (1953), *Sexual Behavior in the Human Female*. Philadelphia: Saunders.
- Kinsey, A.C., Pomeroy, W.B., & Martin, C.E. (1948), *Sexual Behavior in the Human Male*. Philadelphia: Saunders.
- Kopp, R.R. (1995). Using client-generated metaphors in psychotherapy. New York: Brunner/Mazel. Trad. It.: *Le metafore nel colloquio clinico*. Milano: Erickson (1998).
- Laumann, E.O., Gagnon, J.H., Michael, R.T, & Michaels, S. (1994), *The Social organization of sexuality in the United States*. Chicago: University of Chicago Press.
- Leiblum, S. (2007). *Principles and practice of sex therapy* (IV ed.). New York: The Guilford Press.
- Leveni, D., Lussetti, M., Piacentini, D. (2011). *Ipocondria. Guida per il clinico e manuale per chi soffre del disturbo*. Erickson: Trento.
- LoPiccolo, J. (1992). Postmodern sex therapy for erectile failure. In A.C. Rosen & S. Leiblum (a cura di), *Erectile disorders: assessment and treatment* (pp. 171-197). New York: Guilford Press.
- Lue, T., Giuliano, F., Montorsi, F., Rosen, R., Andersson, K.E., Althof, S., et al. (2004). Summary of the recommendations on sexual dysfunctions in men. *Journal of Sexual Medicine*, 1, 6-23.
- Marlatt, G.A., & Gordon, J.R. (1985) (a cura di). *Relapse prevention: maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York: The Guilford Press.
- Marsigli, N., & Bislenghi, L. (2005). *Il timore degli altri: vincere la fobia sociale*. Salerno: Ecomind Srl.
- Masters, W.H., & Johnson, V.E. (1970), *Human Sexual Inadequacy*. Boston: Little, Brown & Co. Tr. it. *Patologia e terapia del rapporto coniugale. Le insufficienze sessuali nell'uomo e nella donna*. Milano: Feltrinelli (1970).

- McCarthy, B. (1993). Relapse prevention strategies and techniques in sex therapy. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 19, 142-147.
- Mehler, J.A. (1991), El amor y la impotencia masculina. *Revista de Psicoanalisis*, 48, 4: 701-724.
- Mehler, J.A. (1992), Love and male impotence. *International Journal of Psycho-Analysis*, 73, 3: 467-480.
- Melnik, T., Soares, B.G.O., Nasello, A.G. (2008). The effectiveness of psychological interventions for the treatment of erectile dysfunction: Systematic review and metaanalysis, including comparison to Sildenafil treatment, intracavernosal injection, and vacuum devices. *Journal of Sexual Medicine*, vol. 5, pp. 2562-2574.
- Millon, T. (1969). *Modern psychopathology: a biosocial approach to maladaptive learning and functioning*. Philadelphia: W.B. Saunders.
- Millon, T. (1977). *Millon Clinical Multiaxial Inventory Manual*. Minneapolis: National Computer Systems.
- Millon, T., Davies, R.D. (1997). The MCMI-III: present and future directions. *Journal of personality assessment*, 68 (1), 69-85.
- Parazzini et al (2000), ISTAT 2001. *European Urology*, 37: 43-49.
- Pasinetti, M. (2012). *La vertigine di pan. Ansia e panico nella terapia cognitivo-comportamentale*. GreenBooks Editore.
- Petruccelli, F., *Le disfunzioni erettili: aspetti psicologici*. In: Simonelli, C. (a cura di) (1997), *Diagnosi e trattamento delle disfunzioni sessuali*. Milano: Franco Angeli, 74-108.
- Rosen, R.C. (2000b), Medical and psychological interventions for erectile dysfunction. Toward a combined treatment approach. In S. Leiblum, & R.C. Rosen (a cura di), *Principles and practice of sex therapy* (III ed., pp. 276-304). New York/London: The Guilford Press.
- Rosen, R.C., Leiblum, S.R., & Spector, I. (1994). Psychologically based treatment for male erectile disorder: a cognitive-interpersonal model. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 20, 67-85.
- Rosen, R.C., Riley, A., Wagner, G., Osterhol, I.H., Kirkpatrick, J., & Mishra A. (1997), The International Index of Erectile Dysfunction (IIEF): a multidimensional, scale for assessment of erectile dysfunction. *Urology*, 49: 822-30.
- Roth, A., Fonagy, P., Woods, R., & Target, M. (2004). *What works for whom? A critical review of Psychotherapy research* (2<sup>nd</sup> ed.). London: Guilford Press.

- Rovetto, F., & Moderato, P. (2007), *Psicologo: verso la professione. Dall'esame di Stato al mondo del lavoro*. Milano: McGraw-Hill.
- Sbrocco, T., & Barlow, D.H (1996), Conceptualizing the cognitive component of sexual arousal: implications for sexuality research and treatment. In Salkovskis, P.M. (a cura di), *Frontiers of cognitive therapy* (pp. 419-449). New York: The Guilford Press.
- Schnarch, D.M. (2002): *Resurrecting sex: resolving sexual problems and rejuvenating your relationship*. New York: Harpercollins Publishers.
- Schnarch, D.M. (2009), *Intimacy & desire: awaken the passion in your relationship*. New York: Beaufort Books.
- Schultz, J.H. (1932). *Das Autogene Training (konzentrativ Selbstentspannung)*." Leipzig: Thieme.
- Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L., & Lushene, R.E. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory. Revised Edition*. Palo Alto: Consulting Psychologists Press.
- Taylor, S. , & Asmundson, G.J.G. (2004). *Treating health anxiety*. New York: The Guilford Press.
- Van Driel, M.F., Van de Wiel, H.B.M., Mensink, H.J.A. (1994), Some mythologic, religious and cultural aspects of impotence before the present modern era. *International Journal of Impotence Research*, 6: 163-9.
- Vøllestad, J., Sivertsen, B., & Nielsen G.H. (2011). Mindfulness-based stress reduction for patients with anxiety disorders: evaluation in a randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, Vol.49, Issue 4: 281–288
- Wells, A. (1997). *Cognitive therapy of anxiety disorders. A practice manual and conceptual guide*. New York: Wiley & Sons. Trad. it. (1999): *Trattamento cognitivo dei disturbi d'ansia*. Milano: McGraw-Hill.
- Wells, A. (2009). “*Metacognitive therapy for anxiety and depression*”. New York: The Guilford Press. Trad. it. (2012): “*Terapia metacognitiva dei disturbi d'ansia e della depressione*”. Firenze: Eclipsi.
- Wills, F. (2009). *Beck's cognitive therapy. Distinctive features*. New York: Routledge. Trad. it. (2012): *La terapia cognitiva di Beck. Caratteristiche distintive*. Milano: Franco Angeli.
- Zilbergeld, B. (1978), *Male sexuality: a guide to sexual fulfillment*. New York: Bantam Books.
- Zilbergeld, B. (1992). *The new male sexuality*. New York: Bantam Books.

## **Sitografia**

*<http://www.cidimu.it/home/art.asp?spec=sto&id=3646&nPag=1>*

## **Il Disturbo erettile - Clinica**

## 1. Invio, informazioni generali e aspettative del paziente

Marco si è presentato per la prima volta presso il mio studio nell'aprile del 2014, avendo trovato il mio contatto telefonico su un portale *on-line* dedicato alla psicologia a cui sono iscritta. Nel corso del primo contatto telefonico, mi ha spiegato di soffrire di ansia da prestazione sessuale e di star seguendo una psicoterapia ad orientamento sistemico-relazionale, ma di essersi informato sulla maggiore efficacia dell'approccio cognitivo-comportamentale affiancato alle tecniche di rilassamento: siccome ha visto sul portale *on-line* che sono in formazione come terapeuta cognitivo-comportamentale e che mi occupo anche di *training* di rilassamento, ha pensato di contattarmi per chiedermi se fosse possibile affiancare alla terapia in atto una terapia cognitivo-comportamentale. Meravigliata dalla sua richiesta, gli ho spiegato che non era possibile fare una co-terapia a queste condizioni, a meno che lui non avesse parlato col collega e avessero ritenuto che io mi occupassi esclusivamente del *training* di rilassamento. Dopo circa mezz'ora, Marco mi ha richiamata e mi ha spiegato che la terapia che stava facendo non lo convinceva e non la vedeva strutturata, tra l'altro aveva fatto solo un incontro: ha pertanto deciso di non essere più seguito dal collega ma di affidarsi a me. Abbiamo, dunque, fissato un appuntamento.

Marco è, al momento del nostro primo contatto, un uomo di 32 anni, operaio metalmeccanico presso una grande fabbrica dell'Irpinia. Vive in un paese dell'alta Irpinia con Mara, la moglie, una donna di 29 anni con cui è sposato da 8 mesi.

La famiglia di origine di Marco, che vive in un altro paese dell'alta Irpinia, si compone dei genitori e di un fratello di pochi anni più grande di lui. Riferisce che la madre ha avuto tre importanti episodi depressivi quando Marco era adolescente ma attualmente sta bene; il padre ha invece un tumore ai polmoni da poco diagnosticato.

Marco ha riferito di avere avuto da sempre una vita sessuale molto attiva: ha avuto molte donne e ha fatto diverse esperienze in ambito sessuale. Ha sempre assunto il Cialis che gli garantiva una certa tranquillità circa la propria prestazione: in particolare, quando lo prendeva da ragazzo, "*mi faceva sentire fortissimo e mi permetteva di avere delle ottime prestazioni*".

Quando è giunto da me, ha dichiarato di soffrire di ansia da prestazione da circa due anni, anche se a periodi alterni. Ha effettuato tutti gli accertamenti medici che hanno escluso una eziologia organica del disturbo, ha svolto una psicoterapia ad orientamento sistemico-relazionale ed è seguito farmacologicamente da un neuropsichiatra che gli ha prescritto Xanax 0,50 e Efexor 0,75 e gli ha sconsigliato la psicoterapia perché "*tanto tu sei un soggetto ansioso, l'ansia ce l'avrai a vita*". A causa delle difficoltà sessuali, ha riportato una perdita di desiderio sessuale, un calo del tono

dell'umore, forte ansia e frequenti pensieri negativi, trascorre la maggior parte del suo tempo libero in casa a rimuginare e ha abbandonato la maggior parte delle proprie attività piacevoli: *“quando ritorna l'ansia da prestazione, ho paura e mi sento ansioso su tutto: erezione, durata e fine del rapporto. A volte mi fa perdere l'autostima e la voglia di fare le cose.”*

Le aspettative di Marco all'inizio del trattamento riguardano a breve termine una migliore gestione dei propri stati ansiosi e il raggiungimento di una maggiore serenità; nel lungo termine vorrebbe invece lavorare sul mantenimento dei risultati per evitare di ricadere in stati ansiosi.

## 2. *Assessment*

La fase iniziale della terapia è stata dedicata alla costruzione dell'alleanza terapeutica all'interno di un clima validante e non giudicante, e all'*assessment* al fine di inquadrare, attraverso l'utilizzo di diversi strumenti, la sintomatologia riferita da Marco all'interno di uno specifico quadro diagnostico che avrebbe poi guidato il trattamento. A questo proposito, sin da subito ho cercato di raccogliere degli ABC delle situazioni in cui Marco avvertiva una forte ansia, risalendo con la tecnica della freccia discendente ai suoi schemi di base; un utile strumento per inquadrare la sintomatologia di Marco in un quadro più completo è stata la raccolta della sua storia di vita; infine, mi sono avvalsa di diverse scale di misura generali e specifiche, di seguito riportate.

### **Scale di Misura Generali:**

- Minnesota Multiphasic Personality Inventory - 2 (MMPI-2);
- Millon Clinical Multiaxial Inventory - III (MCMI-III);
- Beck Depression Inventory – II (BDI - II);
- State-Trait Anxiety Inventory – forma X (STAI – X).

### **Scale di Misura Specifiche:**

- Sexuality Evaluation Schedule Assessment Monitoring (SESAMO);
- Indice Internazionale della Funzione Erettile (IIEF).

### **2.1 Primo colloquio**

Marco è giunto al nostro primo appuntamento con qualche minuto di anticipo. Con un atteggiamento accogliente, l'ho invitato ad accomodarsi cercando di farlo sentire a proprio agio, e gli ho proposto di darci del tu.

Nel corso di questo primo colloquio, Marco ha riferito di soffrire di "*ansia da prestazione*" da circa due anni: l'esordio si sarebbe verificato in un periodo in cui sentiva molto forti le pressioni e le aspettative sessuali della fidanzata, la sua attuale moglie e, da quel momento, ha iniziato ad osservarsi durante i rapporti sessuali come uno spettatore esterno e giudicante. Ha riportato la presenza di pensieri fissi, da lui definiti "*ossessivi*", sia prima del rapporto sessuale (es.: "*Ce la farò o no?*"), che durante (es.: "*Come finirà il rapporto?! Non ce la farò!*") che al termine (es.: "*Sarà andato bene?*").

In conseguenza del presentarsi della disfunzione erettile, Marco ha fatto diversi tentativi di trattamento farmacologico e ha seguito un percorso psicoterapico del quale non è rimasto soddisfatto. Al momento del nostro primo contatto è seguito da un neuropsichiatra di Avellino che gli ha prescritto Xanax e Efexor. Precedentemente era stato seguito da un neurologo che gli aveva prescritto un farmaco, di cui non ricorda il nome, che gli aveva causato eiaculazione ritardata e talvolta assenza di eiaculazione. Ancora prima, per contrastare l'ansia per il rapporto sessuale, aveva iniziato ad assumere il Cialis, di cui faceva ancora uso quando è giunto in terapia *“mi consente di stare tranquillo perché così sono sicuro di avere un'erezione, anche se spesso mi sembra di fare una cosa automatica e non l'amore con mia moglie...e poi non credo che in questo modo risolvo il problema.”*.

Nel corso di questo primo colloquio ho raccolto un ABC, di seguito riportato:

<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>
Sto facendo l'amore con mia moglie, fisso l'attenzione sull'erezione e noto una piccola variazione	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Di nuovo</li> <li>• Non ce la faccio</li> <li>• Devo farcela</li> </ul>	<p><b>Reazione Emotiva</b></p> <p>Ansia 100%</p> <p>Rabbia 80%</p> <p><b>Reazione Fisiologica</b></p> <p>Calore, perdita dell'erezione</p> <p><b>Reazione comportamentale</b></p> <p>Interrompo il rapporto</p>

A partire da questo episodio, avvalendomi della tecnica della freccia discendente, sono risalita alla credenza di base di Marco: sono debole, sono senza valore. Di seguito si riporta uno stralcio di dialogo in cui è stata utilizzata la tecnica della freccia discendente:

**T.:** *“Marco, da questo episodio che mi hai appena raccontato, sembra che tu sia molto preoccupato di non riuscire ad avere un rapporto sessuale, è così?”*

**M.:** *“Già...”*

**T.:** *“Vorrei capire meglio, cosa accadrebbe se questo fosse vero?”*

**M.:** *“Perderei me stesso, l'autostima.”*

**T.:** *“Potresti spiegarmi meglio cosa significa per te perdere te stesso e la tua autostima?”*

**M.:** *“Starei malissimo, non riuscirei a fare più nulla...cioè sarei molto depresso, come è già successo e quindi penso che perderei interesse per la vita, per le persone care...non sarei più io!”*

**T.:** *“Capisco, e cosa significherebbe tutto questo per te?”*

**M.:** *“Che ho qualcosa che non va...”*

**T.:** *“Che cosa potrebbe rappresentare per te essere una persona che ha qualcosa che non va?”*

**M.:** *“Mi sentirei una persona senza valore, più debole.”*

Marco ha mostrato da subito un atteggiamento positivo verso il *setting* terapeutico e verso l’approccio cognitivo-comportamentale, sulla cui efficacia si era informato su *internet*; al contempo, ha però manifestato la propria preoccupazione di non riuscire a risolvere il problema, non avendo riscontrato benefici dal precedente percorso terapeutico. Non si è posto limiti di tempo, anzi ha dichiarato di essere disposto ad impegnarsi in questo percorso *“Non ho fretta, voglio solo risolvere le cose, essere più forte e meno ansioso nelle situazioni che la vita mi presenta. Seguo questo percorso per superare quest’ansia e per evitare future ricadute”*. Cogliendo come spunto queste sue parole, gli ho spiegato con una metafora in cosa sarebbe consistito il nostro percorso:

**T.:** *“Marco, vorrei spiegarti quale sarà il nostro percorso con una metafora. Tu ed io siamo in una macchina e dobbiamo raggiungere una meta, tu sei al volante e hai il compito di guidare, io ho la cartina e quindi ho il compito di guidarti, di indicarti la strada ma sei tu a decidere a che velocità andare, se ascoltare le mie indicazioni e, se ci perdiamo, io posso ricalcolarti il percorso ma sei sempre tu a guidare. Ad un certo punto, tu sarai in grado di guidare da solo, senza bisogno che sia io ad indicarti la strada, per cui io scenderò dalla macchina e tu proseguirai il tuo viaggio, perché sarai terapeuta di te stesso.”*

Gli ho spiegato inoltre l’organizzazione degli incontri e che la fase iniziale del percorso sarebbe stata dedicata all’*assessment*. Abbiamo quindi fissato l’appuntamento per la settimana successiva.

## **2.2 Colloqui successivi**

Nel corso dei successivi colloqui, Marco ha continuato a manifestare un atteggiamento positivo e collaborativo, impegnandosi da subito in tutto ciò che io gli proponevo. Ha compilato tutti i test in maniera precisa, in seduta è sempre stato molto collaborativo e aperto alla riflessione perché profondamente motivato e curioso di comprendere il proprio funzionamento, a casa ha svolto tutti gli *homework*: ciò ci ha permesso di procedere in questa fase iniziale senza eccessive difficoltà.

Sempre in questi incontri, Marco ha manifestato una sempre maggiore preoccupazione rispetto al rapporto sessuale, focalizzando la propria attenzione alle volte sull’erezione, altre sulla durata del rapporto. Ha riferito perdita di desiderio sessuale e costante rimuginio ansioso, legato anche alla paura di non riuscire a risolvere il problema, di perdere la moglie e di non poter avere figli. Ha espresso il desiderio di *“eliminare l’ansia dal vocabolario delle emozioni”* perché il fatto di provare ansia era per lui sintomo di *“qualcosa che non va in me”*. È emerso un nucleo di non amabilità, in

particolare Marco era convinto che *“Se sono perfetto, gli altri non mi abbandoneranno”*: per lui l’amabilità era condizionata dalla *performance*. Ciò ci ha permesso di comprendere come mai, dinanzi alla prima perdita di erezione nel corso di un rapporto sessuale con Mara, Marco ha sviluppato il sintomo della disfunzione erettile *“la mia paura più grande in quel momento è stata quella di perdere Mara, anche se lei mi è rimasta sempre vicino”*.

Le prime sedute sono state, quindi, rivolte all’ascolto della sintomatologia e delle diverse problematiche riferite da Marco, validando e comprendendo le sue difficoltà. Contemporaneamente, ho iniziato ad introdurgli i principi fondamentali dell’approccio cognitivo-comportamentale, in particolare l’ho istruito sul modello dell’ABC spiegandogli che le nostre emozioni e i nostri comportamenti sono influenzati dal modo in cui pensiamo e ciò talvolta può trarci in errore, a questo proposito Marco ha affermato *“mi rendo conto di pensare cose non vere e non reali ma quando mi assale il pensiero mi agito per la paura che possano accadere”*. Quindi, gli ho anticipato che il nostro lavoro si sarebbe basato sull’elaborazione di un modo di pensare più funzionale a cui seguissero emozioni e comportamenti più adattivi.

### **2.2.1 Profilo evolutivo**

Marco ha collocato l’esordio del disturbo nel giugno del 2012, quando avvertiva molto forti le pressioni e le aspettative sessuali della fidanzata, attualmente sua moglie. In particolare, il paziente ha ricordato un episodio specifico avvenuto nel giugno del 2012 in cui perse l’erezione e Mara gli disse *“Già succede così?! E dopo che ci siamo sposati che succede?!”*: queste parole gli rimasero impresse e si scatenò in lui la paura *“di perdere Mara, di perdere me stesso, di non essere un uomo all’altezza”*. Da quel momento iniziò ad osservarsi durante i rapporti sessuali come uno spettatore esterno e giudicante, non riuscendo ad ottenere sempre l’erezione o a mantenerla per tutta la durata del rapporto. Effettuati tutti gli esami medici, fu esclusa l’origine organica del disturbo.

In conseguenza del presentarsi della disfunzione erettile, Marco visse un periodo di forte depressione della durata di circa 3 mesi, in seguito al quale iniziò ad assumere psicofarmaci e, qualche mese più tardi, nel gennaio del 2013, intraprese un percorso psicoterapeutico ad orientamento sistemico-relazionale durato 5 mesi. Il paziente ritiene che il terapeuta non sia intervenuto sul suo problema *“Lui mi parlava di accettare e accettare, ma che dovevo accettare?! Io volevo risolvere!”* e, quando il collega decise dopo poche sedute di fissare gli incontri ogni due settimane, Marco sentiva di non essere ancora pronto alla diradazione delle sedute. A maggio del 2013, il collega interruppe la psicoterapia invitando il paziente a ricontattarlo per il *follow-up* a settembre, cosa che Marco non fece. A ottobre del 2013, il paziente perse leggermente l’erezione durante un rapporto sessuale ma riuscì comunque a portarlo a termine *“forse anche perché non*

*l'avevo persa tutta*". Pochi giorni dopo, tuttavia, si ripresentò il problema durante un rapporto sessuale e, da quel momento, Marco ha iniziato a porre nuovamente una grande attenzione all'erezione, ha iniziato a rimuginare costantemente sul suo problema e si è demoralizzato. Ha così ricontattato il precedente terapeuta e si è recato da lui per un nuovo appuntamento: nel corso di questo colloquio, il collega lo ha invitato, a dire di Marco senza fornirgli spiegazioni, a sospendere i rapporti sessuali con la moglie, cosa che la coppia non ha fatto non comprendendone la ragione. Contemporaneamente, non sentendosi validato e accolto nella propria problematica, Marco ha cercato informazioni su *internet* e trovato il mio recapito.

## **Storia di vita**

La storia di vita del paziente è stata raccolta suddividendola per quinquenni: ho invitato Marco a trascriverla come *homework*, spiegandogli l'importanza di ciò al fine di ottenere informazioni più dettagliate e utili per il trattamento. Ho rassicurato il paziente dicendogli che, qualora avesse avuto difficoltà, ne avremmo parlato e cercato di affrontare insieme il problema, tuttavia Marco non ha mostrato alcuna difficoltà e mi ha consegnato la sua storia di vita.

Di seguito riporto la storia di vita del paziente così divisa: 0-5 anni, 6-10 anni, 11-15 anni, 16-20 anni, 21-25 anni, 26-32 anni.

### **0-5 anni**

Marco è l'ultimo di due figli. Quando è nato, sia la madre che il padre lavoravano e lui è cresciuto accudito dai nonni, con la sensazione di "inafferrabilità" dei propri genitori.

*"Ho ricordi molto vaghi di questo periodo della mia vita... Comunque ricordo i giochi con mio fratello, di pochi anni più grande di me: eravamo un po' gelosi dei nostri giocattoli. Una cosa che ricordo è che correvo sempre dietro ai miei genitori, desideravo stare sempre con loro, gli chiedevo di comprarmi sempre nuovi giocattoli ma loro mi sfuggivano per le tante cose che avevano da fare, solo che io non lo capivo. Alle volte capitava che rimanessi con i nonni materni anche per una/due settimane senza vedere i miei genitori, io volevo stare con loro ma non capivo perché loro non venivano a trovarci."*

### **6-10 anni**

Dalla lettura di questo quinquennio si evince molto chiaramente come si siano strutturate le credenze di base di Marco e il suo stile di attaccamento, attraverso il racconto che il paziente ha fornito di alcuni episodi molto significativi.

*“Ricordo che non volevo mai andare a scuola perché volevo stare tranquillo, mentre a scuola i compagni erano prepotenti, io non mi sapevo difendere e mi arrabbiavo. Già a quell’età cominciavo a seguire il calcio anche se vivevo questa mia passione con la paura che fosse una cosa ridicola e che a casa non capissero quanto per me era importante, anche se poi da adulto ho giocato come professionista. Spesso stavo dai nonni materni perché i miei genitori erano impegnati per lavoro, quindi in questa età ho trascorso molto tempo con i nonni: nonna è ancora viva ed è una persona molto affettuosa, mio nonno invece morì quando avevo 13 anni per un tumore alla prostata che se lo portò via in un mese. Per quanto riguarda i nonni paterni, mio nonno è morto nel 1973 e quindi non l’ho mai conosciuto, con mia nonna (che è morta nel 2001) non ho mai avuto un buon rapporto perché era distaccata e ricordo che non ci voleva mai a casa sua. Ricordo che una volta, quando stavo con i miei nonni materni, mio nonno mi colpì con la mazza: non lo fece apposta ma io mi feci male, mi portò in ospedale solo una settimana dopo.*

*Per quanto riguarda i miei genitori, papà era andato a lavorare in Svizzera da giovane per mantenere la sua famiglia ed è un uomo che ha dedicato la sua vita al lavoro, però non è mai stato affettuoso; mamma invece era affettuosa ma troppo attaccata allo studio. Ricordo, in particolare, che mamma voleva che facessi la primina ma io non volevo e anche la maestra le consigliò di aspettare, solo che lei non lo fece e mi iscrisse in primina, anche se la frequentai per soli 2-3 mesi, poi si preferì ritornare indietro, quindi partii dalla prima elementare: questa cosa per me fu una sorta di fallimento, avevo dato un dispiacere a mamma, l’avevo delusa perché non ero stato abbastanza bravo, mi sentivo inadeguato..un po’ come mi sento nei confronti di Mara quando non riesco a darle piacere sessuale. Per quanto riguarda le scuole materne, il primo anno andai dalle suore mentre il secondo anno mamma mi iscrisse alla scuola normale.”.*

### **11-15 anni**

Negli anni dell’adolescenza, Marco percepiva con sempre maggiore intensità la distanza dalle figure di riferimento: sentiva che i suoi bisogni non trovavano accoglimento ma tutta l’attenzione era sulla *performance* scolastica, ha sviluppato inoltre un grande senso di autonomia per non pesare sugli altri. Significativa, in questi anni, è la sua passione per il calcio: come ha più volte raccontato anche in seduta, i genitori non comprendevano l’importanza che il gioco del calcio aveva per il ragazzo e spesso glielo negavano, senza sapere che Marco sarebbe arrivato in età giovanile a giocare come portiere professionista.

*“Il rapporto con i miei era sempre un po’ contrastante perché io volevo uscire per giocare e mia madre mi rincorreva con i libri in mano. Spesso, esasperato, scappavo per andare a giocare con i*

*miei amici a pallone. I miei compagni di classe spesso venivano a casa a prendermi ma mamma voleva che diventassi uno studente modello, solo che la scuola non era certo la mia vocazione.*

*Verso la fine delle elementari iniziai a frequentare sempre meno i miei nonni, e ciò mi dispiacque molto. Stavo più tempo a casa ma i miei genitori non mi spiegavano mai nulla e nessuno mi guardava (a 12 anni imparai a cucinare per non pesare sui miei nonni): i miei genitori tornavano a casa la sera e mia madre si rivolgeva a me solo per i compiti, mentre mio padre era completamente assente perché pensava solo agli affari e parlava con me solo per rimproverarmi.”.*

## **16-20 anni**

Nel corso di questo quinquennio, Marco ha riportato un miglioramento dei rapporti intra-familiari; in realtà, dalla narrazione di questi anni, si evincono sempre le stesse dinamiche familiari ma al tempo stesso emerge la ricerca forte del ragazzo di contesti alternativi dove sentirsi capace e accettato: ha iniziato, quindi, a frequentare la Misericordia e a svolgere dei lavoretti durante l'estate, cercando di soddisfare autonomamente i propri bisogni materiali ma soprattutto emotivi.

*“Finite le scuole medie andai alle superiori: ho frequentato l'ITIS in un paese vicino al mio dove mi sono trovato bene sia con i professori che con i compagni. A scuola studiavo quanto bastava per andare avanti: non avevo molta volontà e studiavo solo quando c'erano le interrogazioni, la mia fortuna era che mi bastava leggere per imparare, soprattutto la letteratura perché ero affascinato dalla vita delle persone e dalle riflessioni sul senso della vita. Il rapporto con i miei era più tranquillo solo che a volte, quando uscivo con gli amici e mi intrattenevo con loro a giocare a carte, rincasavo tardi e lì cominciavano le polemiche, o meglio i ricatti: papà mi minacciava di non farmi entrare la notte in casa e io ricordo che provavo rabbia perché tutti i miei amici potevano uscire senza problemi ed io no.*

*Durante le scuole superiori, cominciai anche con l'imparare un mestiere nei periodi estivi perché volevo guadagnare dei soldi, essere indipendente, non essere controllato: facevo l'imbianchino e guadagnavo abbastanza per comprarmi le cose che mi piacevano.*

*A 16-17 anni entrai nella Misericordia del mio paese, dove ho prestato servizio fin quando non mi sono sposato: la Misericordia è stata per me una seconda famiglia, un rifugio, avevo gli amici con cui il legame è diventato negli anni sempre più forte. Ricordo che mi sentivo bene con me stesso, ero gioioso, dividevo gli stessi interessi con i ragazzi: finalmente mi sentivo accettato. Alla Misericordia veniva anche mio fratello e il nostro legame si è sempre più rafforzato, era un amico per me; anche oggi i nostri rapporti sono buoni, anche se ci vediamo meno da quando mi sono sposato e trasferito.*

*A 19 anni incontrai la mia prima ragazza, Sonia: era una ragazza di un paese che dista circa 25 Km dal mio e siamo stati insieme per 6 anni. All'inizio bellissime emozioni che poi pian piano si tramutarono in noia. Mi rinchiusi in lei, nel nostro rapporto e sbagliai perché trascurai i miei amici. Ricordo che il padre di Sonia non voleva che uscissimo soli e in più decideva per me: io ho sopportato perché quando mi affeziono è difficile che lasci, per cui accomodavo e lasciavo correre le cose.*

*Poi mi diplomai e cominciai a lavorare da solo continuando a fare l'imbianchino.”.*

## **21-25 anni**

In questo e nel successivo quinquennio, Marco ha vissuto due forti esperienze di delusione affettiva e relazionale, che lo segneranno profondamente. In particolare, a 24 anni si è conclusa la storia con Sonia, a seguito della scoperta da parte di Marco dei tradimenti della fidanzata: anche in questo caso, il ragazzo si è ritrovato senza il sostegno della propria famiglia che, pur non essendo a conoscenza dei fatti, ha criticato e invalidato le sue scelte. Sicuramente, emerge che un suo grande fattore protettivo è stato la presenza di una buona rete relazionale. È in questo periodo che ha iniziato ad assumere il Cialis e a frequentare molte “*donne e donnacce*”: era visibilmente alla ricerca della conferma del proprio valore personale.

*“Lavoravo da solo e guadagnavo abbastanza. Frequentavo il volontariato che divenne come la mia seconda famiglia, nel mio tempo libero stavo sempre in Misericordia e cominciavo a stringere tante amicizie che ancora oggi conservo.*

*A 24 anni mi lasciai con Sonia: la nostra storia finì davvero male...era il 31/12/2007, capodanno, ero andato a casa sua per aspettare insieme la mezzanotte ma lei era al telefono di casa, così per caso lessi un sms che aveva ricevuto da parte di un ragazzo, e fu così che scoprii che aveva un'altra relazione. Buttai il suo cellulare, ricordo che volevo andarmene ma lei mi tratteneva, così nella furia le diedi un paio di schiaffi, cosa di cui non vado fiero, per riuscire a liberarmi e ad andarmene. Lei mi chiese scusa ma, se il cuore mi diceva di perdonarla, la mente no: per me chi tradisce non va perdonato perché non ama e perché è come se gli dessi la possibilità di rifarlo. Ricordo che sono stato davvero male, ero pieno di rabbia e, se prima avevo fiducia negli altri al 90%, dopo questo evento la mia fiducia negli altri è scesa al 3% e per me è terribile sentire di non potermi fidare ma non tollero l'essere preso in giro nei sentimenti. Non raccontai a casa perché mi ero lasciato ma mia madre, pur non sapendo nulla, mi criticava e mi diceva che come al solito avevo sbagliato. Trascorsi 6 mesi davvero brutti ma ne uscii anche grazie agli amici e a mio fratello che ricordo che un giorno venne da me e mi disse “Marco, adesso basta: va e divertiti!”: fu come se in quel momento quelle parole mi avessero risvegliato. Iniziai ad uscire sempre con i miei*

*amici, facevo molte vacanze, avevo molte donne e donnacce e mi pentii di essermi fidanzato troppo presto.*

*Trovai un nuovo lavoro (in fabbrica, dove lavoro ancora oggi). Ero contento di aver trovato un nuovo lavoro, ma continuai a frequentare il volontariato e gli amici.”.*

## **25-32 anni**

Dopo una seconda delusione affettiva, Marco ha attraversato un altro periodo di grande sofferenza. È in questi anni che ha conosciuto Mara, una ragazza che lui ha sempre reputato “*diversa dalle altre*” e da cui si è sentito amato in maniera incondizionata: ciò spiega la grande paura di Marco di perderla e la meraviglia nello scoprirla sempre vicina e supportiva, anche nelle difficoltà.

*“Il lavoro andava bene, dopo poco più di un anno mi fecero il contratto a tempo indeterminato.*

*Cominciai a frequentare una collega che comunque era già fidanzata: fu una passione che durò un anno e poi finì perché lei tornò sui suoi passi. Per me questa fu una storia strana, che cominciò in modo strano: lei mi mandò la richiesta di amicizia su Facebook e iniziò a manifestarmi il suo interesse sia con continui ‘mi piace’ sul mio profilo Facebook che al lavoro con un continuo gioco di sguardi. Un mio amico se ne accorse e mi mise in guardia dicendomi che lei non era una ragazza fedele al suo fidanzato (con cui era fidanzata da quando era adolescente), e infatti a dicembre del 2009 mi chiese di uscire: mi sembrava fosse interessata a me, ma al contempo io sapevo che era fidanzata e che non poteva essere più di un’avventura. E invece iniziammo ad uscire spesso, lei iniziava a piacermi, c’era molta intesa sessuale tra noi e dopo un paio di mesi mi accorsi che mi ero affezionato a lei, ma provavo una sensazione strana, come se mi fossi affezionato ad una cosa non mia. Una sera, dopo circa un annetto, mi chiese di parlare e mi disse che voleva chiudere con me perché non voleva rischiare di perdere il fidanzato. Ci rimasi male e per 2-3 mesi soffrii, non mi spiegavo perché mi aveva detto di essere innamorata di me e poi all’improvviso era tornata dal suo ragazzo: forse aveva avuto paura... Comunque, dopo poco si lasciò con il ragazzo e si fidanzò con un'altra persona... Oggi se mi saluta io le rispondo senza problemi, ma non la saluto spontaneamente: dopo poco mi ha contattato via messaggi proponendomi di ricominciare a vederci ma ho rifiutato...è una persona per cui provo schifo e antipatia, è una persona poco femminile e poco pura ma io purtroppo me ne sono accorto solo quando mi ha ferito. Con lei mi sono sentito come con Sonia, se potessi tornare indietro non vorrei rivivere questa storia con la collega: sia la storia con Sonia che con quest’altra ragazza sono state brutte per me, entrambe mi hanno profondamente ferito ma è anche vero che mi hanno insegnato qualcosa.*

*Terminata la storia con la collega, decisi di pensare un po' più a me. Mi divertivo tra discoteche, donnacce, cene con gli amici e gite fuori porta: era come rinascere.*

*Poi, nel dicembre del 2012 incontrai Mara e tutto cambiò: ho conosciuto l'amore, forse quello vero. Ho vissuto momenti bellissimi con lei e anche bruttissimi, ma lei mi ha insegnato che c'è sempre ed io l'ho sposata perché penso che è unica al mondo.”.*

### **2.2.2 Struttura e comunicazione intrafamiliare**

Marco, rispetto alla propria famiglia, ha affermato che *“Non c'è mai stata una grande armonia, solo in alcuni periodi”*: infatti, ha descritto i rapporti familiari come non buoni, caratterizzati da frequenti contrasti e da una scarsa attenzione ai bisogni emotivi a favore degli aspetti prestazionali. Sia dai colloqui che dalla raccolta della storia di vita è emerso un clima familiare richiestivo (*“Certi genitori vogliono i figli perfetti”*), improntato alla *performance* e scarsamente predisposto all'ascolto dei bisogni emotivi di Marco. Ciò ha portato Marco, nei primi anni di vita, a tentare di adeguarsi alle aspettative dei genitori cercando di non mostrare le proprie debolezze e vulnerabilità, nella consapevolezza che non sarebbero state comprese né tantomeno accolte; ha successivamente sviluppato un eccesso di autonomia e ha ricercato contesti di vita alternativi in cui potersi sentire accettato, anche se ha continuato a mostrarsi agli altri come eccessivamente autonomo nella soddisfazione dei propri bisogni e al contempo molto disponibile dinanzi alle esigenze altrui.

Il padre di Marco è descritto come un uomo distante e assente, che Marco ricorda solo per i rimproveri ricevuti e per le *“violente liti”*.

La madre di Marco è descritta dal paziente come *“una persona troppo apprensiva nei miei confronti, troppo morbosa...non mi faceva mai giocare ma solo studiare.”*.

Un episodio rappresentativo dell'ambiente familiare, e riportato più volte in seduta, si riferisce a quando Marco aveva sei anni: il bambino si recò dal padre piangendo per dirgli che la madre non lo faceva andare a giocare a calcio per studiare nonostante lui avesse finito i compiti per il giorno dopo, ma il padre gli disse che aveva ragione la madre. Il piccolo Marco si sentì *“non capito e arrabbiato”* ma non riuscì a dirgli nulla *“Perché tanto non capiva”*.

Per quanto Marco abbia instaurato con il fratello un buon rapporto, probabilmente perché i due bambini si sono supportati a vicenda in un clima familiare scarsamente responsivo ai loro bisogni, sono presenti periodi di distacco e lontananza: nel corso dei colloqui è emerso che Marco valuta positivamente la relazione con il fratello *“anche se ognuno ha fatto la sua vita e fa la sua vita, parlavamo solo quando succedeva qualcosa di particolare ma tendenzialmente non mi aprivo molto nemmeno con lui, né lui con me.”*.

Una comunicazione intra-familiare di questo tipo può aver favorito lo sviluppo e il consolidamento di convinzioni disfunzionali del paziente relative a sé stesso, improntate sull'idea di essere non amabile, debole, imperfetto e privo di valore.

### **2.2.3 Modello di attaccamento**

John Bowlby (Londra, 1907 – Isola di Skye, 1990) fu il primo a proporre il concetto di attaccamento per spiegare il rapporto tra il *caregiver* e il bambino, sottolineando il bisogno dell'infante di trovare nell'adulto una “base sicura” ed affidabile da cui poter esplorare il mondo. Attraverso la relazione con il *caregiver*, il bambino sviluppa il proprio Modello Operativo Interno (MOI), che contiene una rappresentazione di sé stesso, dell'altro, del mondo e delle relazioni: ciò fa sì che il bambino maturi delle aspettative che guideranno il suo comportamento.

L'attaccamento sicuro è caratterizzato dalla presenza di un *caregiver* disponibile e rispondente in modo coerente, che favorirà nel bambino lo sviluppo del senso di essere degno di amore, della certezza che le proprie esigenze avranno uno spazio e una risposta; l'attaccamento insicuro è invece caratterizzato dalla presenza di una figura di attaccamento non disponibile alle richieste, ostile, rifiutante, che farà sì che nel bambino prendano forma il senso di non essere degno di amore e l'incapacità di esprimere le emozioni in modo appropriato. L'attaccamento insicuro può essere di tipo evitante o ambivalente: nel primo caso il *caregiver* è insensibile alle richieste del bambino e rifiutante sul piano fisico, favorisce nel piccolo scarsa fiducia in una risposta adeguata da parte della madre, distacco, evitamento del contatto, eccesso di autonomia e indifferenza alla separazione; nel secondo caso, invece, il *caregiver* è imprevedibile nelle risposte, dettate più dai propri bisogni che da quelli del bambino, che di conseguenza sarà incerto rispetto alla disponibilità materna, non riesce a utilizzarla come base sicura e ne è assorbito completamente.

Da quanto emerso dalla raccolta della storia di vita e dai colloqui, Marco ha sviluppato un modello di attaccamento di tipo insicuro-evitante. In lui, infatti, si è radicata l'idea di non poter trovare soddisfazione ai propri bisogni emotivi né da parte del padre né da parte della madre, assenti e anaffettivi. Ciò non ha permesso a Marco di sviluppare una comprensione e un'accettazione dei propri stati e bisogni emotivi, portando il paziente a “congelarli” e a tentare di affermarsi attraverso aspetti prestazionali e di eccessiva disponibilità, rispetto ai quali ha imparato di poter trovare accettazione da parte dell'altro: si presentava all'altro come molto autonomo, incapace di chiedere aiuto, forte e sicuro, pur sentendosi profondamente debole e privo di valore. L'adeguamento obbligato alle aspettative e alle richieste dell'altro lo ha portato a non vivere in funzione dei propri bisogni, causando un senso di costrizione che manifestava sul piano comportamentale con atteggiamenti passivo-aggressivi o di evitamento.

### **2.3 Interviste, test, questionari**

Per la valutazione testistica, mi sono avvalsa dei seguenti test e questionari:

- Minnesota Multiphasic Personality Inventory - 2 (MMPI-2)
- Millon Clinical Multiaxial Inventory - III (MCMI-III)
- State-Trait Anxiety Inventory – forma X (STAI – X)
- Beck Depression Inventory – II (BDI - II)
- Sexuality Evaluation Schedule Assessment Monitoring (SESAMO)
- Indice Internazionale della Funzione Erettile (IIEF)

Di seguito sono riportati i risultati di ciascun test somministrato.

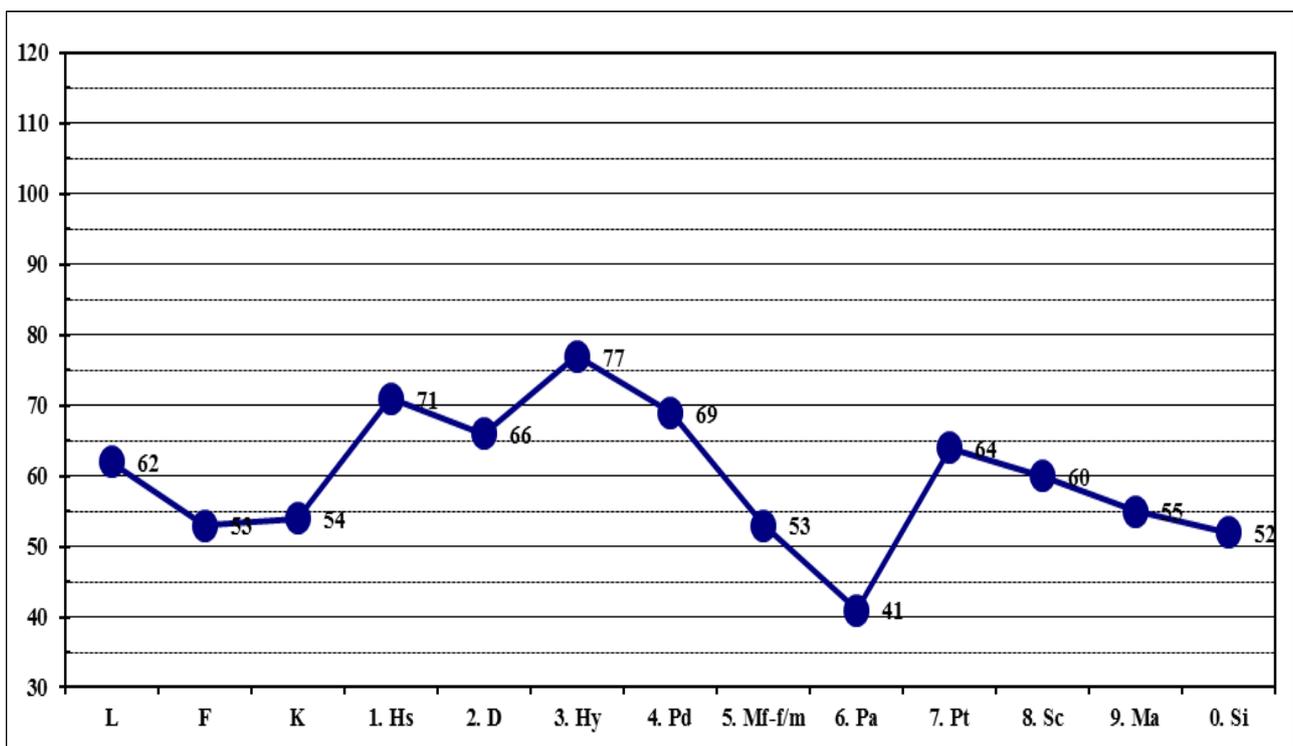
#### **Risultati del Minnesota Multiphasic Personality Inventory - 2 (MMPI-2)**

Di seguito si riportano i risultati emersi dalla somministrazione del MMPI-2 nelle Scale di Base (Fig. 14.1), nelle Scale di Contenuto (Fig. 14.2) e nelle Scale Supplementari (Fig. 14.3).

## Punteggi Scale di Base o Cliniche

Scala <b>Hs</b>	<b>Ipocondria</b>	<b><u>71</u></b>
Scala <b>D</b>	<b>Depressione</b>	<b><u>66</u></b>
Scala <b>Hy</b>	<b>Isteria</b>	<b><u>77</u></b>
Scala <b>Pd</b>	<b>Deviazioni psicopatiche</b>	<b><u>69</u></b>
Scala <b>Mf</b>	<b>Mascolinità-femminilità</b>	53
Scala <b>Pa</b>	<b>Paranoia</b>	41
Scala <b>Pt</b>	<b>Psicastenia</b>	64
Scala <b>Sc</b>	<b>Schizofrenia</b>	60
Scala <b>Ma</b>	<b>Ipomania</b>	55
Scala <b>Si</b>	<b>Introversione sociale</b>	52

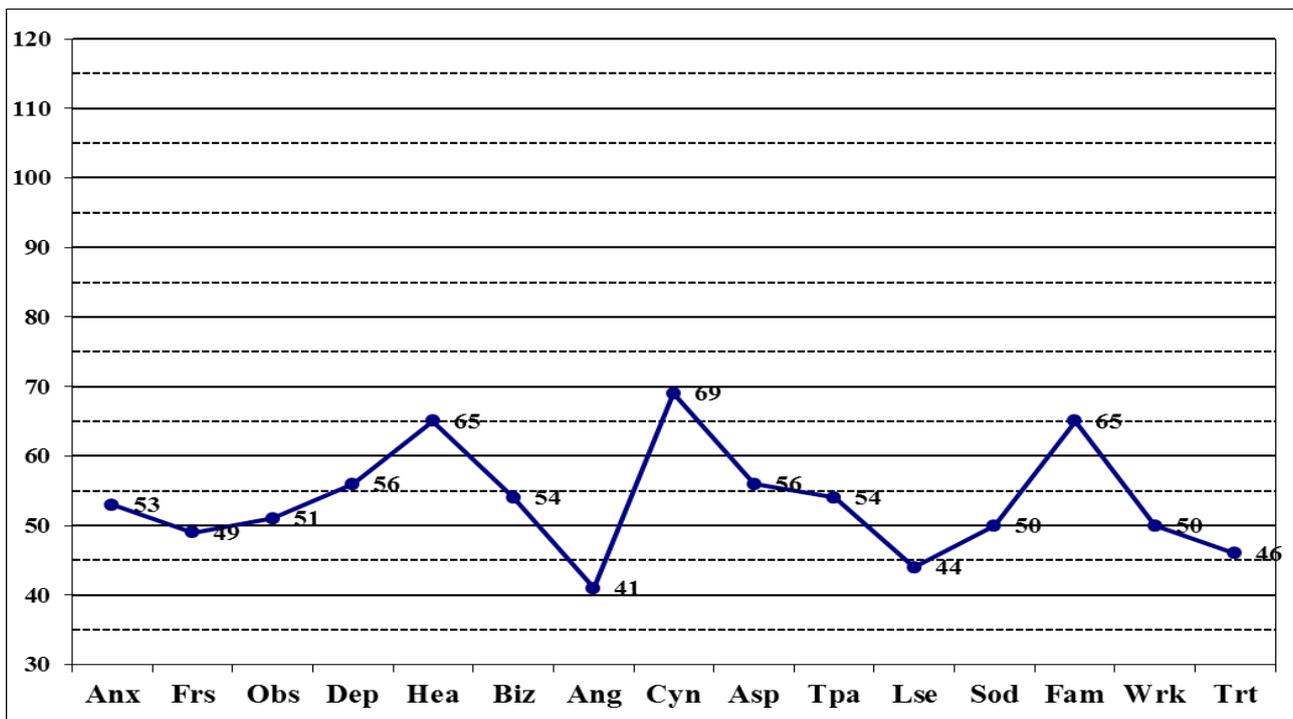
Figura 14.1. Profilo MMPI-2 Scale di Base o Cliniche



## Punteggi Scale di Contenuto

Scala ANX	Ansia	53
Scala FRS	Paure	49
Scala OBS	Ossessività	51
Scala DEP	Depressione	56
Scala HEA	Preoccupazioni per la salute	<u>65</u>
Scala BIZ	Ideazione bizzarra	54
Scala ANG	Rabbia	41
Scala CYN	Cinismo	<u>69</u>
Scala ASP	Comportamenti antisociali	56
Scala TPA	Tipo A	54
Scala LSE	Bassa Autostima	44
Scala SOD	Disagio sociale	50
Scala FAM	Problemi familiari	<u>65</u>
Scala WRK	Difficoltà sul lavoro	50
Scala TRT	Indicatori di difficoltà di trattamento	46

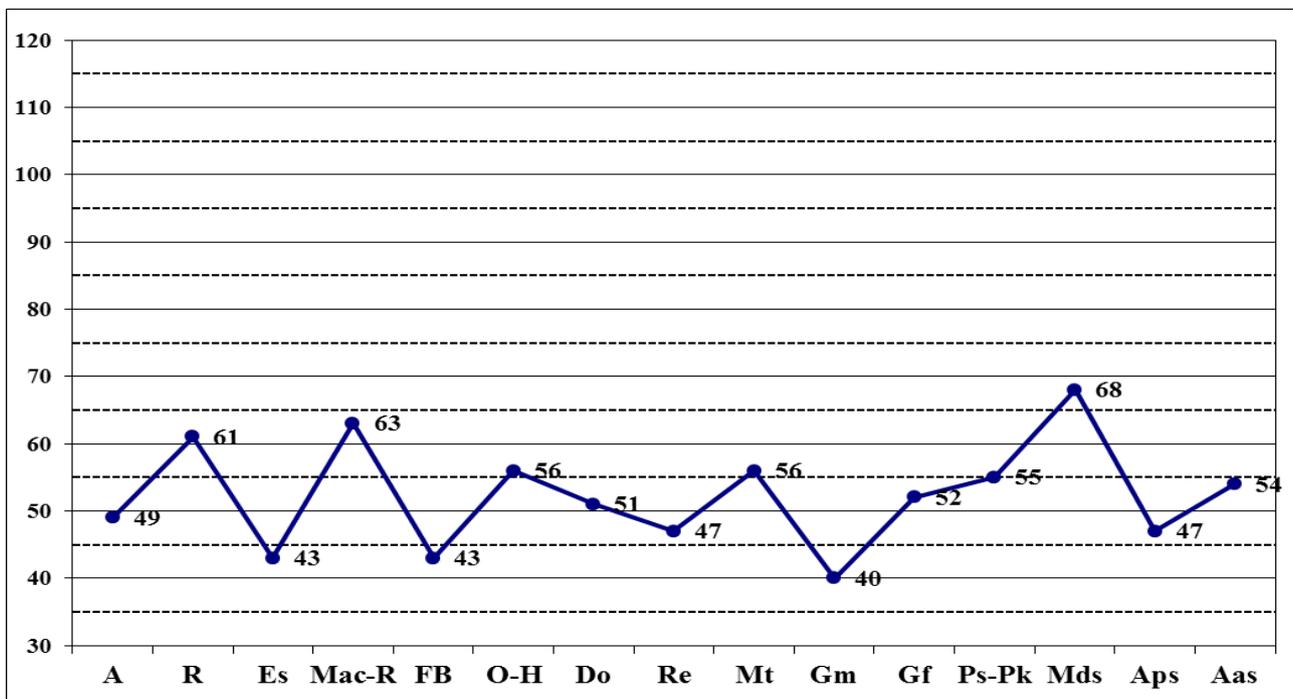
Figura 14.2. Profilo MMPI-2 Scale di Contenuto



## Punteggi Scale Supplementari

Scala <b>O-H</b>	<b>Ostilità ipercontrollata</b>	56
Scala <b>Do</b>	<b>Dominanza</b>	51
Scala <b>Re</b>	<b>Responsabilità sociale</b>	47
Scala <b>Mt</b>	<b>Disadattamento scolastico</b>	56
Scala <b>Gm</b>	<b>Scala del ruolo di genere maschile</b>	40
Scala <b>Gf</b>	<b>Scala del ruolo di genere femminile</b>	52
Scala <b>Pk e Ps</b>	<b>Disturbo da stress post-traumatico</b>	55
Scala <b>MDS</b>	<b>Disagio coniugale</b>	<u>68</u>
Scala <b>APS</b>	<b>Tossicodipendenza potenziale</b>	47
Scala <b>AAS</b>	<b>Ammissione di tossicodipendenza</b>	54

Figura 14.3. Profilo MMPI-2 Scale Supplementari



Dall'analisi delle Scale di Validità (L 62, F 53, K 54), emerge che il test è valido, attendibile e interpretabile. Marco si è sottoposto al test tentando di fornire un'immagine di sé di adeguatezza, autocontrollo ed efficienza.

I punteggi elevati alla Scala di Base dell'Ipocondria (**Hs 71**), dell'Isteria (**Hy 77**), insieme all'elevazione della Scala di Contenuto delle Preoccupazioni per la Salute (**HEA 65**) delineano il profilo di una persona ansiosa, con un numero elevato di dolori e sintomi di origine non organica, particolarmente attenta e preoccupata per le sensazioni somatiche e per la propria salute. Si rileva un calo del tono dell'umore dalla Scala di Base (**D 66**) della Depressione. Presente una tendenza alla sospettosità e alla scarsa fiducia verso gli altri (**CYN 69**) come dallo stesso Marco riportato durante la fase della raccolta della storia di vita. Il punteggio elevato alla scala della Deviazione psicopatica (**Pd 69**) rileva il profilo di una persona caratterizzata da un certo grado di disadattamento, da difficoltà di adeguamento alle norme sociali e morali: ciò potrebbe coincidere con quanto raccontato da Marco rispetto alle difficoltà familiari, ma nel corso del percorso terapeutico e nella stessa relazione terapeutica non sono state rilevate queste caratteristiche, anzi Marco si è dimostrato essere una persona molto rispettosa del *setting* terapeutico e delle norme sociali. Emergono inoltre difficoltà familiari (**FAM 65**) e coniugali (**MDS 68**), a rimarcare le difficoltà che Marco ha esplicitato nel corso dei colloqui.

### **Risultati del Millon Clinical Multiaxial Inventory - III (MCMI-III)**

Dalla somministrazione del Millon è emerso un punteggio uguale o superiore al *cut off* di 74 nelle seguenti scale: **Stile di personalità depressivo (81)**, **Disturbi d'ansia (95)**.

### **Risultati dello State-Trait Anxiety Inventory – forma X (STAI – X)**

Lo STAI-X rileva livelli **medio-alti** dell'**ansia di stato (51)** e **medio-bassi** dell'**ansia di tratto (41)**.

### **Risultati del Beck Depression Inventory – II (BDI - II)**

Dal BDI-II emergono i seguenti punteggi:

- Scala somatico-affettiva: **grave (15)**
- Scala cognitiva: **lieve (9)**
- Valutazione globale: **grave (24)**.

### **Risultati del Sexuality Evaluation Schedule Assessment Monitoring (SESAMO)**

I risultati del *Sexuality Evaluation Schedule Assessment Monitoring* (SESAMO) hanno evidenziato in Marco un vissuto abbastanza positivo nei riguardi del proprio corpo, per quanto riconosca di avere discrete conoscenze sulla fisiologia del proprio apparato sessuale e vorrebbe acquisire maggiori informazioni in ambito sessuale. Il desiderio sessuale del paziente è medio, anche se Marco lamenta una diminuzione dello stesso negli ultimi mesi; si manifesta attraverso l'erezione e la voglia di masturbarsi e viene stimolato dalle seguenti situazioni: essere accarezzati da una donna, guardare scene erotiche; al contempo, viene inibito dalla mancanza di abbandono proprio. Tra gli ambiti del piacere, Marco predilige le situazioni romantiche. Per quanto concerne la masturbazione, in adolescenza Marco si masturbava una volta al giorno avvalendosi sempre di immagini mentali erotiche, raramente avvertiva senso di colpa; attualmente la masturbazione è integrativa dei rapporti sessuali, che dichiara di preferire. Marco non ha ricevuto un'educazione sessuale ma ha fatto diversi tipi di esperienze sessuali (*petting*, masturbazione ricevuta, masturbazione prestata, rapporti orogenitali, rapporti anali) vissute in maniera positiva, riferisce invece come esperienza particolarmente spiacevole l'aver assistito a rapporti sessuali di altre persone. Riferisce di aver avuto esperienze sessuali (anche episodiche) di questo tipo: eiaculazione precoce, eiaculazione ritardata o assente, difficoltà o mancanza di erezione del pene. Infine, dichiara di soffrire di ansia.

Dal test è emerso che Marco ha una buona relazione affettiva e si sente molto innamorato, non vengono riferiti cambiamenti all'interno di questa stessa relazione. I rapporti sessuali avvengono con una frequenza, che il paziente reputa soddisfacente, di due/tre volte la settimana e raramente ha rapporti in assenza di desiderio sessuale. È presente la comunicazione dei desideri sessuali reciproci tra i due *partner*, limitata solo dall'inibizione di Marco, e un'attrazione sessuale reciproca. L'iniziativa sessuale viene solitamente presa da Marco, anche se il paziente desidererebbe che vi fosse maggiore alternanza, ciononostante reputa la *partner* attiva e considera il desiderio sessuale della moglie invariato negli ultimi mesi. Marco considera la relazione sessuale attuale soddisfacente e la qualità dei rapporti sessuali mediamente buona. Nel corso dei rapporti sessuali, al fine di

aumentare il piacere erotico, Marco si avvale spesso di immagini erotiche e fantasie. Il metodo contraccettivo, scelto dalla coppia concordemente e serenamente, è il coito interrotto.

Marco e la moglie prendono sempre insieme le decisioni che riguardano la coppia e fanno tutto insieme. Per lui è importante che la compagna si realizzi fuori dell'ambiente domestico, purché ciò non intacchi l'equilibrio familiare. Il paziente non manifesta il desiderio di tornare *single* né intrattiene relazioni extraconiugali.

Al momento della compilazione del test, Mara non è incinta ma Marco ritiene che, se lo fosse, il proprio desiderio sessuale resterebbe invariato e che considererebbe sua moglie ugualmente attraente da un punto di vista fisico.

### **Risultati dell'Indice Internazionale della Funzione Erettile (IIEF)**

L'Indice Internazionale della Funzione Erettile (IIEF) rileva la presenza di una disfunzione erettile **moderata (15)**.

#### **2.4 Schede di auto-osservazione**

Nel corso di questa prima fase di *assessment*, Marco si è impegnato a casa nella compilazione di schede di auto-osservazione. In particolare, avendogli accennato la relazione esistente tra il pensiero, l'emozione e il comportamento, il paziente ha iniziato un monitoraggio dei propri pensieri, emozioni e comportamenti nei momenti di maggiore attivazione, che ha riportato nel "quaderno dell'ansia". Questo suo lavoro, insieme alle informazioni raccolte nel corso dei colloqui, ai test e alla raccolta della storia di vita, ha permesso di giungere alla formulazione di una diagnosi e alla concettualizzazione cognitiva. Esempi di automonitoraggio sono riportati nell'Appendice II.

### **3. Diagnosi finale secondo il DSM 5**

Le informazioni raccolte nel corso dei colloqui e i risultati emersi dalla somministrazione dei test hanno permesso di rilevare nel paziente la presenza di difficoltà nell'ottenere e mantenere un'erezione fino al completamento dell'attività sessuale nella maggior parte dei rapporti (circa il 75-100%), vissuta da Marco con grande disagio.

Marco ha riferito che la difficoltà di erezione è presente da 6 mesi, cioè da ottobre 2013, per quanto si fosse presentata per la prima volta due anni prima. Si tratta di una disfunzione erettile acquisita, cioè che si è presentata dopo un periodo di funzionamento relativamente normale, e generalizzata a tutti i tipi di stimolazione e situazioni. Come emerso dalla somministrazione dell'Indice Internazionale della Funzione Erettile (IIEF) il problema è di entità moderata.

Concludendo, Marco soddisfa i criteri del DSM 5 (APA, 2013) per la diagnosi di Disturbo erettile, sottotipo acquisito e generalizzato.

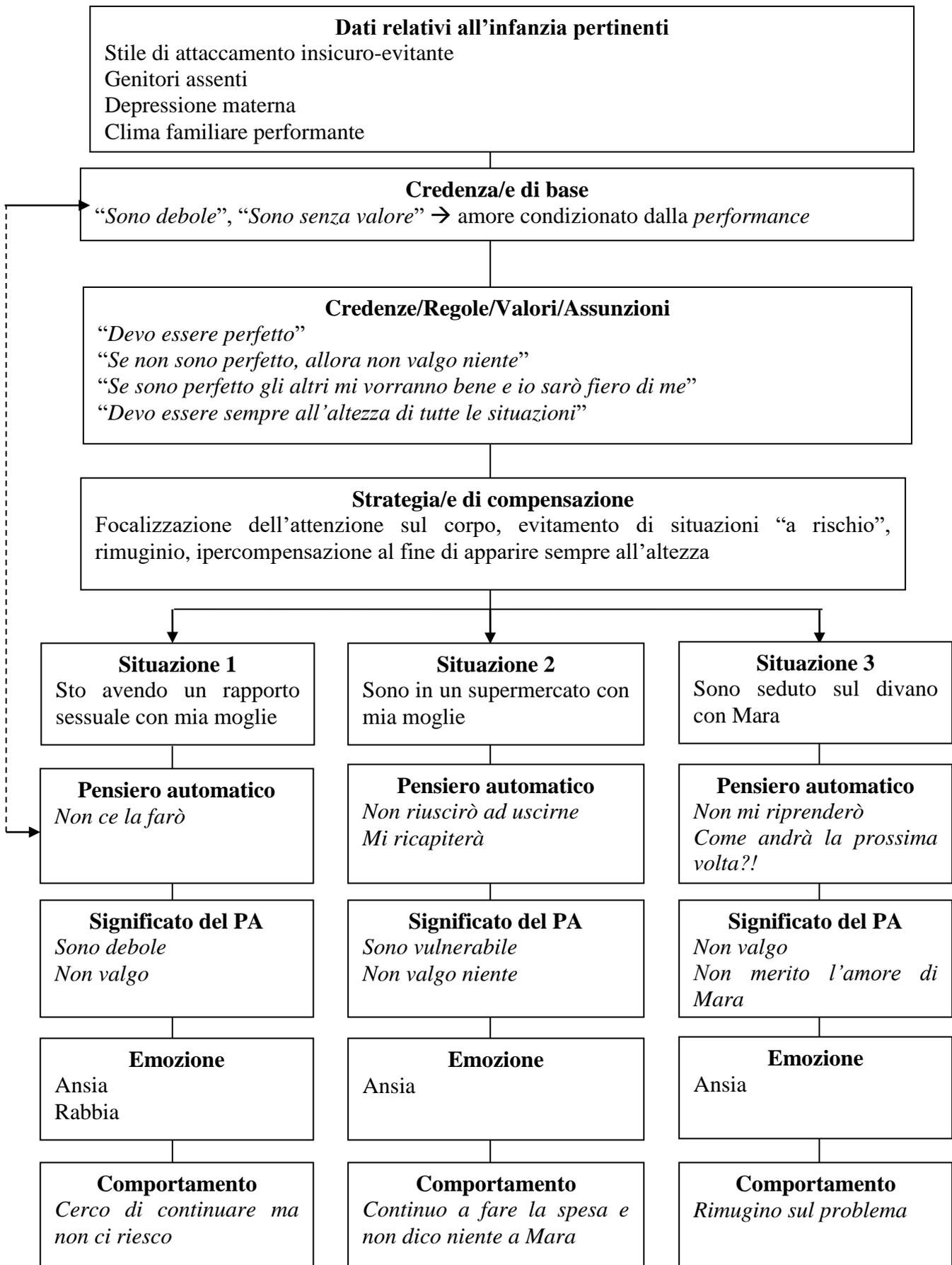
Si registra una sintomatologia depressiva di tipo reattivo alla situazione.

#### **4. Concettualizzazione del caso clinico**

Per formulare la concettualizzazione del caso clinico, oltre alle informazioni emerse dalla raccolta della storia di vita, è stata molto utile l'analisi degli scenari in cui si presentava la sintomatologia psicosessuale con il metodo dell'ABC; inoltre, per fare emergere le credenze intermedie e le credenze di base di Marco, mi sono avvalsa della tecnica della freccia discendente.

Nella Figura 15.1 è riportata la concettualizzazione cognitiva secondo il diagramma di Judith S. Beck.

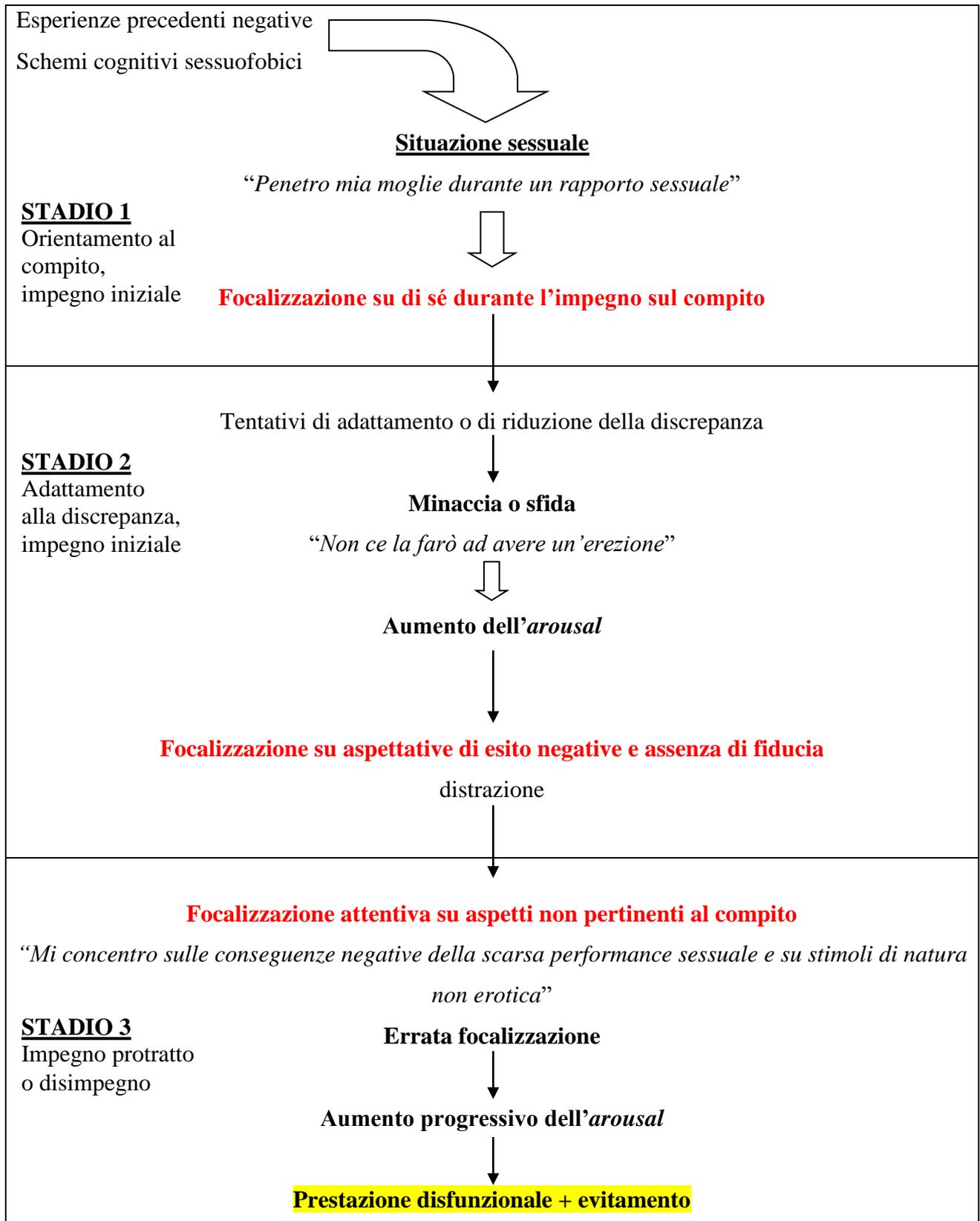
Figura 15.1. **Diagramma di Concettualizzazione cognitiva secondo Judith S. Beck** - tratto da Beck J.S. (2008) *“Terapia cognitiva. Fondamenti e prospettive”*, Mediserve: Milano, Firenze, Napoli; pag. 140.



Oltre alla concettualizzazione secondo il modello di J. Beck, ho condiviso con Marco la concettualizzazione specifica del Disturbo erettile secondo il modello di Sbrocco e Barlow (1996) (Fig. 15.2). Secondo gli autori, la disfunzione erettile dipenderebbe da tre fattori: l'ansia, l'errata focalizzazione sul compito e la distrazione. Questi tre elementi sono responsabili del mantenimento del disturbo e lo alimentano in un circolo vizioso che ho spiegato al paziente:

**T.:** *“Marco, vorrei spiegarti cosa contribuisce ad alimentare la tua disfunzione erettile generando un circolo vizioso. Al fine di prevenire la minaccia del fallimento, tu focalizzi l'attenzione proprio su di essa; ciò ti fa sentire preoccupato, in ansia e più ti senti in ansia più ti focalizzi sulla minaccia distraendoti dal rapporto e concentrandoti su stimoli non erotici ma addirittura catastrofici, ad esempio sul pensiero che non guarirai o che perderai Mara, oppure monitori ogni singolo cambiamento del tuo corpo durante il rapporto. Tutto ciò porta inevitabilmente alla perdita dell'erezione, che era ciò che volevi evitare all'inizio del rapporto: quindi, ti senti scoraggiato e tendi ad evitare i rapporti sessuali futuri, o a viverli con un eccesso di ansia nella certezza che andranno male. Tutto questo, la volta successiva, innescherà automaticamente il circolo vizioso.”*

Figura 15.2. Concettualizzazione cognitiva del Disturbo erettile secondo il modello di Sbrocco e Barlow (1996) – tratto da Dèttore D., (2001). “Psicologia e psicopatologia del comportamento sessuale”, McGraw-Hill, Milano; pag. 277.



## 5. Elementi del contratto terapeutico

Al termine della prima seduta, ho illustrato a Marco alcuni elementi del contratto terapeutico, stabilendo le regole del *setting*. Nello specifico, è stata stabilita la cadenza settimanale delle sedute, la necessità di disdire gli appuntamenti almeno 24 ore prima qualora non avesse potuto esserci, la gestione dei contatti telefonici, l'importanza di dedicare la fase iniziale ad un *assessment* completo che ci permettesse di avere un quadro completo della sua situazione in base al quale avremmo concordato gli obiettivi; ho inoltre spiegato a Marco il ruolo attivo che avrebbe investito nel suo percorso e l'importanza dello svolgimento degli *homework*. Durante tutta la terapia, Marco ha sempre rispettato il contratto.

Terminata la fase di valutazione, sono stati concordati con il paziente gli obiettivi del percorso terapeutico a breve, medio e lungo termine.

Obiettivi a breve termine:

- Acquisire una maggiore consapevolezza del suo disturbo;
- Comprendere il significato e la funzione di ciascuna emozione, con particolare attenzione all'ansia;
- Apprendere la relazione tra pensieri, emozioni e comportamenti;
- Imparare a riconoscere i pensieri disfunzionali responsabili dei suoi stati ansiosi;
- Ridurre le fonti di stress ed incrementare le attività piacevoli al fine di innalzare il tono dell'umore;
- Apprendere tecniche di rilassamento e di gestione dell'ansia (respirazione diaframmatica, *training* autogeno).

Obiettivi a medio termine:

- Ristrutturazione dei pensieri automatici, in particolare dei miti e delle credenze sulla sessualità;
- Interruzione dei circoli viziosi di mantenimento (*worry*, focalizzazione attentiva);
- Riduzione dell'assunzione del Cialis;
- Riduzione dell'assunzione di psicofarmaci;
- Comprensione del proprio funzionamento interpersonale.

Obiettivi a lungo termine:

- Ristrutturazione delle credenze di base disfunzionali;
- Interruzione dell'assunzione del Cialis;

- Interruzione dell'assunzione di psicofarmaci;
- Apprendimento di modalità assertive;
- Sviluppo della consapevolezza, cioè di un atteggiamento *mindfully*;
- Prevenzione delle ricadute.

## 6. Relazione terapeutica

Essendo la relazione terapeutica il substrato su cui costruire tutto il processo terapeutico, il primo obiettivo che ho perseguito nel momento in cui il paziente è giunto nel mio studio è stato la creazione di un clima in cui Marco potesse sentirsi accolto, compreso, validato e non giudicato. Ciò ha permesso al paziente di aprirsi in un clima di fiducia e di raccontarmi la sua sofferenza legata sia alla disfunzione erettile e alla preoccupazione di non poter avere figli, che al fatto di non sentirsi mai “*abbastanza perfetto*” e quindi degno, all’altezza dell’amore altrui.

Marco si è impegnato con tenacia nel percorso, manifestando grande forza di volontà. Inoltre, il fatto che egli sentisse di poter contare su di me, che lo “accettavo” nonostante la sua umana imperfezione, è stato per lui una piacevole scoperta, che gli ha insegnato molto rispetto all’accettarsi come persona, al di là delle sue vulnerabilità e debolezze, sapendo che mostrare le proprie difficoltà non avrebbe coinciso con un abbandono da parte degli altri, abituato a pensare che per meritare l’affetto altrui dovesse mostrarsi sempre “*perfetto*” e al *top*. Una volta consolidata la relazione terapeutica, ha più volte riportato la delusione per il precedente percorso terapeutico, e ho compreso che ciò che non aveva funzionato era stata proprio la relazione terapeutica: Marco non si sentiva accolto e ascoltato dal collega, sentiva che non c’era uno spazio per l’espressione e l’accoglimento dei propri bisogni emotivi, proprio come era avvenuto con i suoi genitori.

Marco è sempre stato molto rispettoso del *setting* terapeutico e, dopo un momento iniziale in cui era molto preoccupato di non riuscire a risolvere il suo problema, si è affidato completamente alla terapia, manifestando per tutto il percorso il suo riconoscimento e la sua gratitudine per i buoni risultati raggiunti.

Non si sono mai verificate rotture dell’alleanza terapeutica.

Una difficoltà da me incontrata è stata l’assenza di collaborazione con il neuropsichiatra che seguiva Marco: il collega non era a conoscenza del fatto che il paziente seguisse un percorso terapeutico perché, quando Marco aveva provato a dirglielo, lui gli aveva sconsigliato la psicoterapia, dichiarando apertamente il suo dissenso verso questo mestiere. Ho proposto a Marco di cambiare neuropsichiatra ma non ha voluto per timore di dover ricominciare il trattamento farmacologico daccapo e per il timore degli effetti collaterali dei farmaci sull’attività sessuale: dopo un primo momento di difficoltà personale nell’accettare la decisione di Marco, anche perché preoccupata che ciò avrebbe potuto influire sul trattamento terapeutico, gli ho illustrato gli svantaggi dell’assenza di collaborazione tra me e il collega e ho lasciato a lui la responsabilità di decidere, accettando che lui potesse non voler cambiare idea.

## 7. Trattamento

Il trattamento è stato impostato a partire dagli obiettivi concordati, ed è stato così strutturato:

1. Psicoeducazione;
2. Insegnamento di tecniche di rilassamento;
3. Ristrutturazione cognitiva dei Pensieri Automatici Negativi e delle credenze intermedie;
4. Interventi metacognitivi;
5. Interventi comportamentali;
6. Ristrutturazione cognitiva delle credenze di base;
7. *Training* assertivo;
8. Prevenzione delle ricadute;
9. *Follow-up*.

### 7.1 Psicoeducazione

La psicoeducazione è il primo *step* del processo di trattamento, in quanto la conoscenza del proprio disturbo è un aspetto essenziale per il cambiamento. Pertanto, nella fase iniziale della terapia, dopo aver condiviso con Marco la concettualizzazione cognitiva, ho spiegato al paziente gli aspetti principali del suo disturbo e i meccanismi che lo avevano generato e che lo mantenevano. Ciò ha fatto sentire Marco molto rassicurato perché si riconosceva in ciò che io gli stavo illustrando e fiducioso rispetto alla risoluzione del problema.

Vista l'avversità di Marco per l'emozione dell'ansia, vissuta da lui in maniera molto negativa e come segnale di “*qualcosa che non va in me*”, il mio primo intervento psicoeducativo è stato rivolto alla normalizzazione di questo tipo di esperienza emotiva: ho illustrato al paziente come l'ansia sia un'emozione che appartiene a tutti, universale, e che entro certi limiti non è indice di disfunzionalità ma è funzionale alla sopravvivenza della specie e pertanto protettiva. Ho quindi spiegato a Marco la funzione dell'ansia e la differenza tra l'ansia e la paura. A questo proposito, riporto uno stralcio di colloquio:

**T.:** “*Marco, abbiamo visto che ultimamente sei molto preoccupato e in ansia di non riuscire ad avere dei rapporti sessuali a causa delle difficoltà erettile. Tuttavia, è emerso che il fatto di provare ansia per te è negativo, un po' una conferma del fatto che in te c'è qualcosa che non va. Oggi vorrei spiegarti cos'è l'ansia, la sua funzione e le differenze con la paura.*”

**M.:** “Va bene... Io ho sempre pensato che l'ansia fosse una cosa negativa, fosse per me la eliminerei dal vocabolario delle emozioni!”

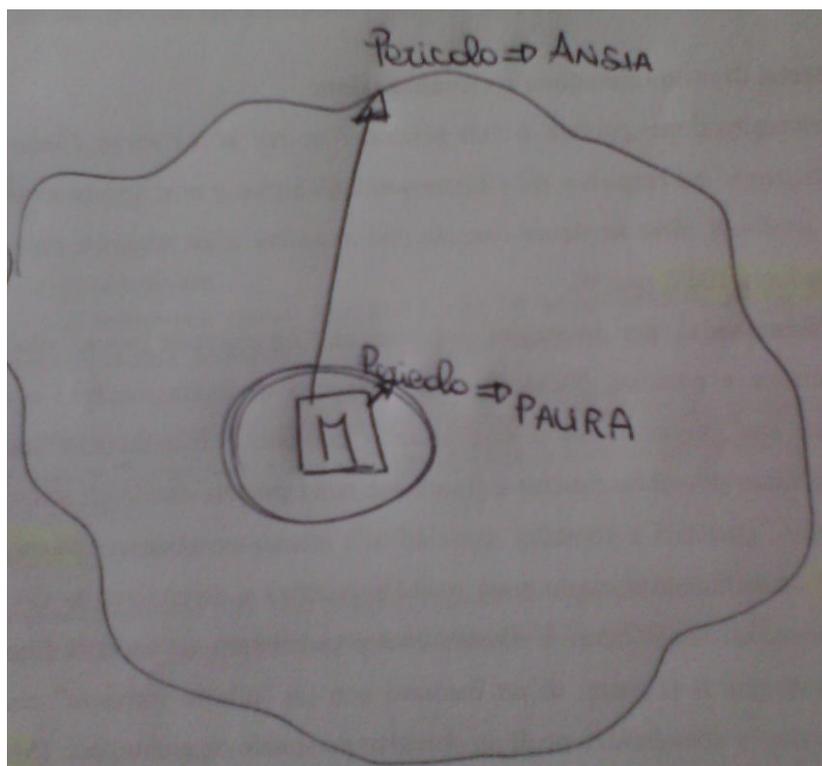
**T.:** “Invece oggi impareremo che, come tutte le altre emozioni, è utile e ha una propria funzione. Per prima cosa, l'ansia viene definita come la ‘paura senza oggetto’, questo perché è un'emozione che proviamo quando ci sentiamo minacciati ma in assenza di un pericolo reale nel qui ed ora, è rivolta ad un presunto pericolo dinanzi al quale stiamo immaginando di poterci trovare. In effetti, la funzione dell'ansia, così come quella della paura e di tutte le altre emozioni di base, è quella di assicurarci la sopravvivenza, e l'ansia ci permette di prevenire situazioni di pericolo e di non essere imprudenti. Chiaro fin qui?”

**M.:** “Sì...quindi sembrerebbe che sia utile addirittura!”

**T.:** “Esattamente, e proprio per questo la proviamo tutti. Anche a me capita di sentirmi in ansia ma tutto sta nell'imparare a gestirla in modo che non raggiunga livelli di intensità troppo elevati divenendo a quel punto disfunzionale. Qual è però la differenza con la paura? La paura è sempre un'emozione che proviamo dinanzi ad un pericolo ma, mentre l'ansia è rivolta al futuro e alla potenzialità di poterci trovare in pericolo, la paura è l'emozione che proviamo nel qui ed ora quando ci troviamo in una situazione di pericolo. Ad esempio, la paura la proviamo quando siamo nel mare in tempesta e non riusciamo a tornare a riva, mentre l'ansia...”

**M.:** “L'ansia è quando penso che c'è il mare in tempesta e non mi butto perché immagino che possa essere pericoloso...o se sono nel mio letto e penso che domani andrò al mare e potrò affogare.”

**T.:** “Perfetto, bravissimo! Ti mostro tutto ciò che abbiamo detto in un disegno:



*Questa M rappresenta Marco. Quando il pericolo è vicino a te parliamo di paura, quando è lontano parliamo di ansia. Entrambe le emozioni sono utili per assicurarci la sopravvivenza, il problema nasce quando ci sentiamo costantemente in pericolo confondendo l'ansia con la paura, faticiamo a rassicurarci, pensiamo sempre al problema e facciamo di tutto per assicurarci di non trovarci nella situazione temuta, ma questo non fa che aumentare le nostre preoccupazioni e compromette la nostra qualità di vita, chiaro?"*

**M.:** *"E quindi, quando faccio l'amore con mia moglie e penso che non riuscirò a portare a termine il rapporto, quella è ansia?"*

**T.:** *"Esattamente, solo che nel momento in cui lo pensi è come se per te stesse accadendo, ti senti in pericolo e perdi l'erezione. Anche perché, proprio perché l'ansia è utile per la sopravvivenza della specie, se tu avverti una minaccia, devi proteggerti e sicuramente non puoi riuscire a fare l'amore: il tuo organismo mette in funzione una serie di cambiamenti fisiologici che ti permettono di fronteggiare il pericolo, e al contempo non ti permettono di fare l'amore perché tutte le energie devono essere investite nel superamento della minaccia."*

Ho quindi spiegato al paziente la linea del tempo, mostrandogli come l'ansia sia un'emozione che proietta l'essere umano nel futuro, un tempo che non viviamo realmente e nel quale abbiamo poco potere di azione, mentre il presente è l'unico momento in cui noi possiamo vivere e che lui stava ponendo in secondo piano.

Successivamente, ho spiegato a Marco la connessione tra il pensiero, l'emozione e il comportamento. A questo proposito, per quanto il paziente non presentasse problematiche relative al panico, mi sono avvalsa del compito delle coppie associate chiedendogli di soffermare la propria attenzione per circa 5 secondi su ciascuna delle seguenti coppie di parole:

- Capogiro / Svenimento;
- Dolore al petto / Infarto;
- Palpitazione / Attacco cardiaco;
- Mancanza d'aria / Soffocamento;
- Assurdità / Follia;
- Debolezza / Collasso;
- Nausea / Vomito incontrollabile;
- Senso di irrealtà / Pazzia.

Il paziente ha avuto una maggiore consapevolezza di alcune sensazioni corporee enunciate dalle *coping card*. Ciò è diventato uno spunto per riflettere sul valore delle nostre interpretazioni e sul loro coinvolgimento nella determinazione delle emozioni e dei cambiamenti fisiologici. Ho quindi

ripreso il concetto dell'ABC alla base del Modello Cognitivo-Comportamentale. Di seguito viene riportato uno stralcio di seduta dedicato alla spiegazione dell'ABC:

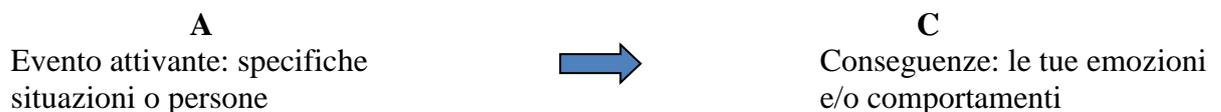
**T.:** *“Marco, abbiamo appena visto che, leggendo delle coping card su cui erano riportati dei sintomi e alcune delle manifestazioni dell'ansia, hai avvertito per alcuni di essi una maggiore consapevolezza delle sensazioni corporee enunciate. Come mai, secondo te, alcune coping card hanno innescato queste reazioni mentre altre no?”*

**M.:** *“Penso che sono più sensibile a quelle che mi ricordano i sintomi dell'ansia che avverto durante i rapporti sessuali e che mi fanno pensare che andrà male.”*

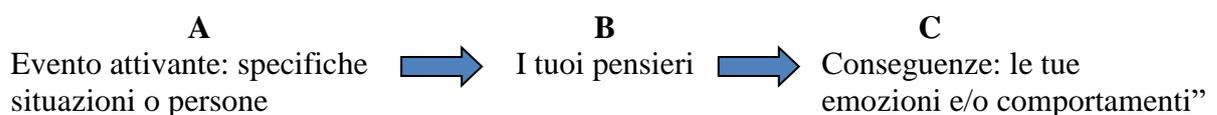
**T.:** *“Ok, quindi potremmo dire che alcune coping card ti hanno creato una reazione più di altre per il diverso significato che tu hai attribuito a ciò che c'era scritto?”*

**M.:** *“Sì, è esattamente così!”*

**T.:** *“Vorrei partire proprio da questa situazione per spiegarti i presupposti del Modello Cognitivo-Comportamentale. Normalmente noi siamo portati a pensare che sono gli eventi, le situazioni a scatenare le nostre reazioni emotive e comportamentali e che quindi, ad esempio, è stata la lettura delle coping card ad innescare in te una reazione.”*



*Tuttavia, questo non spiegherebbe perché ciascuno di noi reagisce diversamente in ciascuna situazione: nell'esempio delle coping card, non si spiegherebbe perché alcune hanno generato in te una reazione e altre no, così come perché un'altra persona non si sentirebbe minimamente preoccupata nel leggere questi sintomi mentre un'altra ancora potrebbe sentirsi molto in ansia. Secondo l'approccio cognitivo-comportamentale, non è la situazione ad innescare le nostre reazioni emotive e comportamentali, ma il modo in cui noi interpretiamo la situazione, il significato che le diamo. Questo infatti spiega anche perché due diverse persone che prendono lo stesso treno per andare nello stesso posto, hanno due atteggiamenti completamente diversi: una può essere tranquilla perché ama viaggiare, mentre l'altra potrebbe essere in ansia perché preoccupata di arrivare in ritardo e di fare una brutta figura, o che il treno possa fare un incidente. E quindi:*



**M.:** *“Ho capito, quindi le mie emozioni dipendono da ciò che io sto pensando della situazione.”*

Gli ho quindi proposto come *homework* la lettura di un *file* di psicoeducazione “Pensiero e reazioni corporee” (Appendice I).

Siccome Marco gestiva le sue preoccupazioni focalizzando l'attenzione sul proprio corpo durante il rapporto sessuale per notare ogni minimo cambiamento, con il compito centrato sul corpo gli ho mostrato il ruolo dell'attenzione selettiva nella percezione delle sensazioni e dei cambiamenti corporei. Ho difatti chiesto al paziente di concentrare tutta la propria attenzione sull'alluce del piede destro per circa 2 minuti. Terminato l'esercizio, Marco ha riportato un aumento della consapevolezza di quella parte del corpo, accompagnata da sensazioni di formicolio e di prurito: ciò ci ha permesso di riflettere su come lui stesso, nel momento in cui focalizzava l'attenzione su alcune parti del corpo per monitorarle, diventasse in realtà più consapevole delle sensazioni fisiche e notasse dei cambiamenti fisiologici che interpretava negativamente, il che alimentava l'ansia che a sua volta portava ad un'impossibilità di concludere in maniera soddisfacente il rapporto sessuale.

Ho spiegato a Marco l'anatomia dell'apparato sessuale maschile avvalendomi di un'immagine (Appendice I), le fasi del ciclo di risposta sessuale (desiderio, eccitamento, *plateau*, orgasmo, risoluzione) e gli ho fornito un *file* di psicoeducazione sessuale riportato in Appendice I. Gli ho inoltre suggerito la lettura di un testo: “Vincere l'impotenza. L'approccio più recente ed efficace per superare la Disfunzione Erettile”, ed. italiana di Dèttore D. e Melli G. (Eclipsi, 2007). Infine, gli ho spiegato il ruolo dell'assunzione del Cialis nel mantenimento del suo disturbo, evidenziando come il farmaco di per sé non fosse in grado di provocare un'erezione ma solo di potenziarla quando presente: tuttavia, assumerlo per Marco costituiva sicuramente un fattore protettivo che agiva come ansiolitico rispetto alle sue preoccupazioni.

Al termine di questa fase, Marco ha affermato di aver riflettuto e di aver compreso che l'essere umano non è una macchina e che è naturale che ogni rapporto sessuale sia diverso dall'altro “*Così come non mangiamo o dormiamo sempre allo stesso modo, non facciamo sesso sempre allo stesso modo: non c'è un modo giusto o sbagliato di fare sesso...*”.

## **7.2 Insegnamento di tecniche di rilassamento**

Fin dall'inizio della terapia ho insegnato al paziente delle tecniche di rilassamento che gli consentissero di gestire le attivazioni fisiologiche ed emotive quotidiane in maniera sempre più rapida, evitando innalzamenti dell'ansia, dello stress e acquisendo la capacità di generare stati di

rilassamento sempre più profondi. Ho ricordato a Marco di non ricorrere a questi esercizi come comportamenti protettivi.

Ho introdotto in una fase iniziale il *Training* Autogeno, dopo aver fornito al paziente una breve psicoeducazione sulla tecnica (Appendice I). Marco l'ha praticato con costanza almeno una volta al giorno. Ha molto apprezzato questa tecnica definendola “*rilassante e rigenerante*”, e alle volte ha condiviso il momento dedicato al *training* anche con Mara.

Successivamente, ho proposto a Marco la respirazione diaframmatica che lui, da buono sportivo quale è stato, ha appreso senza particolari difficoltà e ha apprezzato il potere rilassante della respirazione lenta e profonda.

### **7.3 Ristrutturazione cognitiva dei Pensieri Automatici Negativi e delle credenze intermedie**

Dopo aver illustrato a Marco il Modello Cognitivo-Comportamentale, gli ho fornito una lista dei principali errori di ragionamento (Appendice I) responsabili delle variazioni dello stato emotivo. Quindi, gli ho spiegato che per riuscire a fronteggiare l'ansia da prestazione era necessario imparare a pensare in maniera più adattiva e funzionale.

Il primo *step* per raggiungere questo obiettivo è stato quello di farlo esercitare ad individuare i Pensieri Automatici Negativi che innescavano i suoi cambiamenti umorali, invitandolo a prestare maggiore attenzione alle situazioni in cui si sentiva preoccupato per la propria prestazione sessuale. A tal proposito, ho presentato al paziente la tecnica dell'ABC, chiedendogli di riportare sul “quaderno dell'ansia”, a partire da una situazione (**A**), i Pensieri Automatici Negativi che si erano presentati (**B**) e le conseguenze emotive e comportamentali da essi scaturite (**C**). Ho spiegato a Marco che i Pensieri Automatici Negativi potevano presentarsi anche sotto forma di immagini; gli ho inoltre specificato che avrebbe potuto individuare un Pensiero Automatico (**B**) anche a partire da un'emozione (**C**): dinanzi ad una variazione umorale, ad esempio dinanzi ad un incremento dell'ansia, avrebbe potuto quindi chiedersi “Che cosa mi sta passando per la mente ora?” ed annotare il pensiero identificato. Infine, l'ho rassicurato che man mano che si esercitava sarebbe diventato sempre più esperto nell'individuazione dei Pensieri Automatici Negativi.

Successivamente, ho insegnato al paziente a registrare gli episodi avvalendosi della Scheda di Registrazione del Pensiero Disfunzionale (RPD), anticipandogli che questo gli avrebbe consentito un'analisi più accurata dei propri pensieri e la messa in discussione degli stessi. Inizialmente, gli ho fornito la Scheda di RPD a quattro colonne sulla quale potesse esercitarsi ad annotare il Pensiero Automatico Negativo, il grado di convinzione (0 – 100), l'emozione sperimentata e il grado di

intensità della stessa (0 – 100). In un secondo momento, ho fornito a Marco la Scheda di RPD a sei colonne: grazie alle domande in essa contenute, il paziente ha iniziato a mettere in discussione il proprio pensiero, provando a produrne uno più funzionale e sperimentando una diminuzione dell'intensità emotiva e dell'assetto sintomatologico. Alcuni esempi di ABC e RPD sono riportati nell'Appendice II.

Per la ristrutturazione dei Pensieri Automatici Negativi ho inoltre presentato a Marco la tecnica delle prove a favore e contro, dei vantaggi e svantaggi, delle alternative (Appendice I) e dei *counter* (Appendice I): le ultime due in particolare sono state quelle che il paziente ha maggiormente adoperato nell'arco di tutto il percorso (Appendice II). Gli ho inoltre fornito una lista dei Pensieri Automatici Negativi degli uomini relativi alla sessualità (Appendice I) e, successivamente, quella delle credenze intermedie e delle credenze di base (Appendice I).

Di seguito, riporto uno stralcio di terapia che si riferisce ad un momento in cui il paziente stava affrontando le esposizioni attraverso il metodo della Focalizzazione Sensoriale: è presente la messa in discussione di un Pensiero Automatico Negativo con la tecnica delle prove a favore e contro e la messa in discussione di una Credenza Intermedia con la tecnica dell'Usare gli altri come punto di riferimento.

**M.:** *“Il secondo step della Focalizzazione sensoriale non è andato bene...credo che non abbiamo seguito le istruzioni.”*

**T.:** *“Cosa è successo? Vediamo...”*

**M.:** *“Venerdì scorso sono andato dallo psichiatra che continua a dirmi che la psicoterapia non serve a niente, io non gli ho detto che sto venendo qua ma comunque dice che io sono una persona ansiosa e che devo convivere col fatto che ho dei disturbi sessuali.”*

**T.:** *“Capisco, immagino che questa cosa ti abbia destabilizzato...”*

**M.:** *“Sì...mi sono sentito molto preoccupato e ho iniziato a pensare che dovevo dimostrare a me stesso che stavo guarendo e quindi, invece di svolgere la Focalizzazione sensoriale seguendo le istruzioni, sono partito direttamente dal secondo stadio prestando attenzione solo alla masturbazione e focalizzandomi sul fatto che dovevo riuscire ad avere un rapporto senza perdere l'erezione...ero veramente molto in ansia e non ci sono riuscito, ho iniziato a fissarmi di nuovo sul fatto che non sarei mai guarito: se ho l'ansia devo avere qualcosa che non va in me e forse c'ha ragione il dottore che non guarirò mai!”*

**T.:** *“Mi dispiace che tu ti sia sentito così... Marco, quanto credevi al pensiero che non guarirai mai venerdì scorso?”*

**M.:** *“Al 100%, anche perché non ero riuscito ad avere un rapporto sessuale completo.”*

**T.:** *“E oggi quanto ci credi?”*

**M.:** *“Oggi ci credo all’80%...”*

**T.:** *“Ok. Ora, Marco, vorrei proporti di analizzare le prove a favore e contro il tuo pensiero di non guarire mai.”*

Di seguito riporto la tabella compilata dal paziente:

<b>PROVE A FAVORE</b>	<b>PROVE CONTRO</b>
	In passato sono riuscito ad uscirne senza psicoterapia
	Non ho problemi fisiologici che mi impediscono di guarire
	Quando non entro nel circolo vizioso, riesco ad avere dei rapporti sessuali
	Il fatto che non sia riuscito ad avere un rapporto dipende dal fatto che ero in ansia e l’ansia è un’emozione che sto imparando a gestire

**T.:** *“Marco, da ciò che è emerso effettuando un’analisi più razionale della situazione, non ci sono prove a favore ma solo prove a sfavore del tuo pensiero...”*

**M.:** *“Già...non ci avevo pensato!”*

**T.:** *“Quanto credi adesso al pensiero di non guarire mai?”*

**M.:** *“Beh forse un 20%, ma quasi nulla...”*

**T.:** *“Bene. Marco, in realtà, ciò che è accaduto è che, dopo il colloquio con il dottore tu ti sei sentito in pericolo, minacciato e quindi hai sentito l’esigenza di dimostrare a te stesso che non c’era nulla che non andava; ovviamente, però, ti sentivi in ansia e noi sappiamo che l’ansia è incompatibile con i rapporti sessuali, è una cosa fisiologica, ma a quel punto hai focalizzato l’attenzione alimentando le tue preoccupazioni. Ok?”*

**M.:** *“Sì, ero rientrato nel circolo vizioso e, siccome non riuscivo ad avere un rapporto, mi sono sentito un fallimento.”*

**T.:** *“Sembra proprio che si fosse attivata la tua credenza intermedia secondo cui se non riesci in una cosa sei un fallimento, è così?”*

**M.:** *“Già...”*

**T.:** *“Ok, Marco, immaginiamo che tra 10 anni tu abbia un bambino di 8 anni e che un giorno si ritiri a casa da scuola con un brutto voto, tu penseresti di lui che è un completo fallimento?”*

**M.:** “No, assolutamente!”

**T.:** “E se lui ti dicesse che si sente un fallito perché ha preso un brutto voto, cosa gli diresti?”

**M.:** “Gli direi che una rondine non fa primavera, che lo capisco, e gli parlerei di questo percorso, di quanto sia importante credere in sé stessi e accettare anche i propri limiti, senza per questo considerarsi dei falliti. Mi piacerebbe che mio figlio sapesse che ha delle capacità senza focalizzarsi solo su un brutto voto preso magari una volta sola per chissà quale ragione, può capitare e si può recuperare, ma comunque non è un fallito solo per questo e in tutti i campi della sua vita.”

**T.:** “Bene, Marco. Come si applica tutto questo a te?”

**M.:** “Beh...è la stessa cosa, non sono un fallito solo perché non riesco ad avere una volta l'erezione, o anche più di una: la sessualità è solo un campo, anche se importante, della mia vita e non essere sempre al top non vuol dire essere una persona fallita.”.

A trattamento avanzato, nel mese di ottobre, Marco ha avuto una ricaduta. Giunto in seduta, mi ha raccontato quanto accaduto: durante un rapporto sessuale con Mara, ha avuto il pensiero di dover riuscire ad eiaculare in una determinata posizione per dimostrare a sé stesso di essere davvero guarito, non riuscendoci ha iniziato ad avvertire un po' di ansia ma, cambiando posizione, ha portato a termine il rapporto. L'indomani, tuttavia, si sentiva in ansia perché gli era rimasta la preoccupazione del giorno prima e ha comunque provato a fare l'amore con Mara, nonostante non ne avvertisse il desiderio, per capire se era in atto una ricaduta: la moglie si era accorta che Marco era in ansia e che stava provando comunque ad avere un rapporto, e si era arrabbiata con lui. Nel corso del colloquio, abbiamo riconosciuto che si era attivata la credenza “Devo dimostrare di essere perfetto per essere amato” che abbiamo messo in discussione con la tecnica dei vantaggi e degli svantaggi:

<b>DEVO DIMOSTRARE DI ESSERE PERFETTO PER ESSERE AMATO 100%</b>	
<b>VANTAGGI</b>	<b>SVANTAGGI</b>
//	<ul style="list-style-type: none"><li>• Innesco e faccio crescere l'ansia</li><li>• Abbasso il morale</li><li>• Abbasso l'autostima</li><li>• Perdita di fiducia in me</li><li>• Litigo con Mara</li></ul>

Dopo la messa in discussione, Marco credeva alla sua vecchia credenza al 20%. L'ho supportato facendogli notare che la ricaduta era durata davvero poco (uno-due giorni) e aiutandolo a

riconoscere la sua bravura nel riprendere immediatamente tutto il materiale fornitogli ed elaborato nel corso della terapia. Infine, ho invitato Marco a compilare lo schema “Impara dalle cadute”:

Il comportamento di cui sono preoccupato è: Attività sessuale.

Come lo facevo prima	Cosa mi ha provocato la caduta	Come posso imparare a fare meglio in futuro
Fare attività sessuale quando mi sentivo più carico e con maggiore desiderio	Il bisogno di dover dimostrare di essere perfetto per sentirmi amato	Ritornare a fare come prima ed iniziare a contrastare le credenze intermedie
	Sospensione <i>Training</i> Autogeno	Riprendere il <i>Training</i> Autogeno

Al termine della seguente seduta, Marco si è avvalso autonomamente della tecnica dell’Usare gli altri come punto di riferimento affermando “*Anche Mara a volte non è disponibile ad avere rapporti sessuali e non per questo io smetto all’improvviso di amarla, né vorrei che si sentisse così come mi sento io*”.

In questa fase del trattamento, come primo tentativo per contrastare il rimuginio, mi sono avvalsa della tecnica delle metafore, in particolare ho fornito a Marco la Metafora del latte versato (Appendice I), che il paziente ha trovato illuminante e che gli ha permesso di avvicinarsi con maggiore facilità agli interventi metacognitivi introdotti successivamente.

#### 7.4 Interventi metacognitivi

Siccome Marco mi aveva riportato in più occasioni di trascorrere molto tempo a preoccuparsi per la propria prestazione sessuale senza riuscire a governare i propri pensieri, ho adottato alcune tecniche metacognitive per lavorare sul rimuginio.

In primo luogo, ho introdotto al paziente il concetto di rimuginio aiutandolo a comprendere il ruolo che questo rivestiva nel mantenimento del suo disturbo:

**T.:** “*Marco, spesso tu mi riporti di trascorrere del tempo a preoccuparti per la tua prestazione sessuale, in particolare temi di non riuscire ad avere o a mantenere un’erezione, immaginando che ciò causi delle conseguenze catastrofiche.*”

**M.:** “*Sì è così, iniziano a venirmi in mente 1000 paure ed è come se non riuscissi ad arrestare i miei pensieri.*”

**T.:** *“Capisco. Sai, ognuno di noi, quando ha un problema tende a focalizzare la propria attenzione su di esso e continua a pensarci finché non l’ha risolto o comunque finché non ha raggiunto una soluzione soddisfacente. Tuttavia, quando questo modo di pensare è ripetitivo, costante e ci porta a pensare continuamente sempre alle stesse cose senza trovare soluzioni, diviene un processo fine a sé stesso che non solo non ci aiuta a risolvere il problema, ma ci impedisce anche di concentrare le nostre risorse su altri problemi o aspetti della nostra vita, producendo un dispendio di energie. Questo meccanismo prende il nome di rimuginio o “worry”, e favorisce il mantenimento del tuo disturbo attraverso l’attenzione selettiva, di cui abbiamo già parlato. Per poter far fronte al worry è importante che impariamo a gestire questa preoccupazione continua e costante, ricordandoci che i pensieri non sono fatti.”*

**M.:** *“È possibile?! Credevo di no...”*

**T.:** *“Certo, ti insegnerò degli esercizi che ti permetteranno di gestire la tua preoccupazione senza che sia lei a gestire te e la tua vita.”*

Ho quindi proposto a Marco l’esercizio del *worry management* (Appendice I), invitandolo a stabilire un periodo di preoccupazione giornaliera (ad esempio avrebbe potuto programmare di preoccuparsi ogni giorno dalle 18.00 alle 18.30) e a posticiparla quando si accorgeva che il *worry* subentrava in altri momenti della giornata. Gli ho anche spiegato che non doveva sentirsi obbligato a preoccuparsi in quel momento della giornata se non ne sentiva l’esigenza, e che molte volte le persone, alla fine, non sentono più l’esigenza di farlo. Attraverso la pratica costante, Marco è riuscito sempre meglio a controllare le proprie preoccupazioni senza rimanerne coinvolto, rinviandole ad un preciso momento della giornata in cui spesso non sentiva più l’esigenza di occuparsene.

Successivamente, ho introdotto la tecnica del *Training Attentivo*:

**T.:** *“Vedi Marco, è molto importante che tu diventi consapevole del tuo focus attentivo, questo ti aiuterà a rafforzare il controllo sulla tua attenzione e a non rimanere intrappolato nei pensieri maladattivi su te stesso e sulle tue sensazioni corporee. Lo scopo di questa tecnica però non è quello di distrarti dalle sensazioni sgradevoli provocate dai pensieri negativi, in effetti questi rimarranno presenti anche quando praticherai il training e non devi cercare di fermarli: l’obiettivo è quello di andare avanti con la procedura nonostante le esperienze interne, che puoi considerare come un ‘rumore’ interno che è solo di passaggio. Ok?”*

**M.:** *“Sì, va bene!”*

**T.:** *“Prima di iniziare, vorrei chiederti in questo momento di valutare su questa scala in che misura stai focalizzando la tua attenzione su di te o sull’ambiente esterno?”*

-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
Attenzione rivolta completamente all'esterno			Attenzione equamente distribuita			Attenzione rivolta completamente all'interno

**M.:** *“Beh...+1 in questo momento.”*

**T.:** *“Bene, iniziamo.”*

Ho quindi condotto l'esercizio seguendo il protocollo. Ho chiesto a Marco di fissare il suo sguardo sulla parete e di mantenerlo in un punto preciso per tutta la durata dell'esercizio. Ho invitato il paziente a concentrare la sua attenzione sul suono della mia voce, poi sul suono da me prodotto battendo sul tavolo, poi sul rumore del condizionatore, infine sui suoni provenienti dall'esterno della stanza; nel corso dell'esercizio, gli ho ricordato di non preoccuparsi dell'insorgenza di altri pensieri o di altre sensazioni interne perché l'obiettivo era quello di divenire più abile nel focalizzare l'attenzione a prescindere da ciò che poteva emergere alla coscienza: se si fosse reso conto che la sua attenzione veniva catturata da altri stimoli, con delicatezza avrebbe dovuto riportarla sui suoni indicati. Una volta identificati tutti i suoni, ho proseguito l'esercizio invitando il paziente a spostare l'attenzione, in maniera sempre più rapida, da uno stimolo sonoro all'altro man mano che li nominavo. Infine, gli ho chiesto di ampliare al massimo la sua attenzione assorbendo contemporaneamente tutti i suoni e le localizzazioni spaziali identificate. Al termine dell'esercizio, ho chiesto a Marco un *feedback*:

**T.:** *“Marco, l'esercizio è terminato. Come è andata?”*

**M.:** *“Abbastanza bene, ogni tanto venivo distratto da altri suoni o dai miei pensieri ma poi riescivo a rifocalizzare l'attenzione.”*

**T.:** *“Bene, all'inizio è normale distrarsi più facilmente. Considera l'attenzione come un muscolo da allenare: con la pratica andrà sempre meglio. Quanti suoni sei riuscito a contare?”*

**M.:** *“Ne ho contati 6.”*

**T.:** *“Bene. Tornando alla scala che abbiamo visto prima insieme, come valuti ora il tuo focus attentivo?”*

**M.:** *“Rispetto a prima è sicuramente sceso il punteggio: direi -1 adesso.”*

Terminato l'esercizio, ho proposto a Marco di eseguire l'ATT come *homework* due volte al giorno per circa 12 minuti ogni volta. Gli ho consegnato la Scheda di sintesi per l'ATT (Appendice II) e insieme abbiamo individuato i suoni che avrebbe potuto utilizzare: Marco ha scelto di svolgere l'esercizio in cucina e di focalizzarsi sul suono della televisione, sui rumori provenienti dall'esterno

del balcone della cucina, sul suono della radio in salotto, sul ticchettio dell'orologio. Il paziente ha svolto questo *homework* in maniera abbastanza costante.

## 7.5 Interventi comportamentali

Quando Marco ha avuto chiare tutte le informazioni fornite ed è diventato abbastanza abile nel processo di ristrutturazione cognitiva, ho introdotto gli interventi comportamentali che prevedevano procedure di esposizione e di decondizionamento.

Siccome in Marco i rapporti sessuali erano associati a forti sensazioni di ansia, ho condotto le esposizioni graduate in vivo con il metodo della Focalizzazione Sensoriale I e II, fornendo al paziente tutte le istruzioni e consegnandogliene anche su di un *file* (Appendice I) in modo che potesse condividerle con la moglie. La coppia si è esposta non rispettando nella fase iniziale la regola di astenersi dai rapporti sessuali: infatti, in questa prima fase, Marco ha sperimentato un abbassamento dei livelli di ansia e ha provato un forte desiderio sessuale che lo ha spinto ad avere due rapporti sessuali, vissuti in maniera molto serena; naturalmente, ho sottolineato al paziente l'importanza di non avere più rapporti, regola che Marco a quel punto ha sempre rispettato.

Nella seconda fase della Focalizzazione sensoriale, come anticipato nel paragrafo 7.3 a pag. 105, la coppia ha incontrato dei problemi legati al fatto che venisse da loro tralasciato lo stadio 1 per partire direttamente dallo stadio 2, concentrandosi solo sulla prestazione, come accadeva prima dell'insorgenza della disfunzione erettile. Ho quindi invitato Marco a ripetere il secondo stadio della Focalizzazione Sensoriale, interrompendo ogni tipo di stimolazione appena avesse avvertito ansia e abbandonando l'idea di dover necessariamente raggiungere l'orgasmo.

Da questo momento in poi, la coppia non ha avuto più problemi sia nel portare a termine il procedimento della Focalizzazione Sensoriale che nei rapporti sessuali, eccezion fatta per la ricaduta avvenuta nel mese di ottobre, affrontata nel paragrafo 7.3 a pag. 107.

Siccome Marco assumeva il Cialis 20 mg come comportamento protettivo, ho ritenuto necessario procedere con le esposizioni graduali alla situazione da lui evitata, cioè quella di avere rapporti sessuali senza l'ausilio del farmaco. A questo proposito, è stata creata una gerarchia di esposizione ponendo in ordine gerarchico dalla più ansiogena (100) alla meno ansiogena (0) le situazioni sessuali che Marco avrebbe dovuto affrontare con dosi di farmaco sempre inferiori:

<b>Gerarchia della frequenza di assunzione del Cialis</b>	<b>Livello di ansia</b>
Ogni 6 giorni	100%
Ogni 5 ½ giorni	90%
Ogni 5 giorni	80%
Alternare ogni 4 ½ giorni a ogni 5 ½ giorni	70%
Ogni 4 ½ giorni	60%
Ogni 4 giorni	50%
Alternare ogni 3½ giorni a ogni 4 giorni	40%
Ogni 3 giorni	30%
Alternare ogni 2 ½ giorni a ogni 3 giorni	20%
Ogni 2 ½ giorni	10%
Ogni 2 giorni	0%

Prima di programmare le esposizioni, nel corso della fase della Focalizzazione Sensoriale, Marco aveva già spontaneamente ridotto la dose di Cialis da 20 mg a 10 mg e, al momento di procedere con le esposizioni, mi ha espresso la propria preoccupazione e la voglia di non affrontare questo *step* per paura di perdere tutti i progressi ottenuti nel corso della terapia: ho validato la sua preoccupazione e gli ho spiegato l'importanza di esporsi ai rapporti sessuali in assenza di Cialis, comportamento protettivo che lo avrebbe reso in futuro più vulnerabile alle ricadute; pur conservando la sua preoccupazione, Marco si è a questo punto sentito pronto a procedere con le esposizioni. Lo *step* successivo ha previsto l'esposizione di Marco a ciascuna situazione, partendo dai livelli più bassi della scala fino a giungere a quelli più alti, per interrompere infine definitivamente l'assunzione del Cialis. Il passaggio alla situazione successiva è avvenuto solo quando il paziente riusciva a 'tollerare' quella precedente, rispetto alla quale sperimentava una significativa riduzione dei livelli di ansia.

Nel corso delle diverse fasi della gerarchia espositiva, ho incoraggiato e rinforzato costantemente il paziente. Gli ho suggerito, per i momenti in cui l'ansia fosse stata elevata, di adoperare le varie tecniche apprese nel corso del trattamento terapeutico, utili a ristrutturare i propri Pensieri Automatici Negativi e a gestire le preoccupazioni; contemporaneamente, gli ho assicurato la mia

disponibilità telefonica. Man mano che Marco procedeva nelle esposizioni, la fiducia in sé stesso aumentava.

## **7.6 Training assertivo**

Dalla raccolta di episodi narrativi era emersa la presenza in Marco di uno stile comunicativo abbastanza assertivo sebbene, in situazioni particolari, assumesse atteggiamenti passivi. Ho pertanto ritenuto necessario inserire nel trattamento il *training* assertivo affinché egli apprendesse modalità comunicative e relazionali più funzionali.

Marco manifestava difatti, soprattutto in ambito familiare, un'eccessiva disponibilità nei confronti dell'altro, rinunciando ad esprimere le proprie necessità, bisogni e punti di vista per paura di non essere capito, convinto che i propri bisogni non avrebbero trovato uno spazio di ascolto e accoglimento. Il lavoro sull'assertività è stato svolto in tre *session*, utilizzando il materiale riportato in Appendice I.

Anche in questo caso, Marco si è molto impegnato prendendo questa parte del trattamento come l'ennesima possibilità che aveva di acquisire un maggiore equilibrio interno e come uno strumento che gli sarebbe tornato utile soprattutto nei momenti di maggiore criticità, in cui tipicamente assumeva atteggiamenti passivi.

## **7.7 Ristrutturazione cognitiva delle credenze di base**

Al termine del trattamento, al fine di lavorare sulla credenza di base di non amabilità di Marco, ho scelto di utilizzare la tecnica del ristrutturare i primi ricordi. Dopo aver spiegato al paziente gli obiettivi di questa tecnica, l'ho invitato a visualizzare un posto sicuro cercando di aiutarlo ad elaborare l'immagine come se stesse accadendo in quel momento. Successivamente, ho indirizzato l'esercizio verso la ricerca di un'immagine legata all'infanzia e, infine, ho ricondotto Marco nel posto sicuro.

**T.:** *“Marco, che ne dici di fare un esercizio basato sulle tecniche immaginative?”*

**M.:** *“Sì, va bene.”*

**T.:** *“Ok, allora chiudi gli occhi e immagina di essere in un posto sicuro, lascia che l'immagine affiori spontaneamente e dimmi cosa vedi.”*

**M.:** *“Vedo la cucina di casa mia, sono da solo ed è una bella giornata fuori, per cui ho la finestra aperta e guardo fuori.”*

**T.:** *“Quanti anni hai?”*

**M.:** *“L’età attuale, 32.”*

**T.:** *“Quali suoni senti?”*

**M.:** *“Sento il rumore del vento e di qualche macchina di passaggio in strada, e poi il rumore della tv accesa in salotto.”*

**T.:** *“Senti qualche odore?”*

**M.:** *“No, solo l’odore di casa...”*

**T.:** *“Cosa provi stando nella cucina di casa tua?”*

**M.:** *“Mi sento bene, a posto con me stesso, in pace e tranquillità.”*

**T.:** *“E fisicamente come ti senti?”*

**M.:** *“Bene, rilassato.”*

**T.:** *“Ok. Marco ora vorrei che continuassi a tenere gli occhi chiusi e che visualizzassi un’immagine di te da bambino in un momento in cui ti sei sentito in difficoltà.”*

**M.:** *“Ok.”*

**T.:** *“Cosa vedi?”*

**M.:** *“Ho 6 anni, sto piangendo e vado da papà, lui è seduto sulla poltrona a guardare la televisione. Gli dico in lacrime che mamma non mi vuole mandare a giocare ma vuole che resti a casa a studiare anche se ho finito i compiti per domani.”*

**T.:** *“Lui come reagisce?”*

**M.:** *“Mi dice che mamma ha ragione...e io continuo a piangere, mi sento come al solito non capito e arrabbiato ma non riesco a dirglielo perché tanto non capirebbe.”*

**T.:** *“Vuoi provarci? Vuoi provare a spiegargli come ti senti e cosa desidereresti?”*

**M.:** *“Non ci riesco, lui non mi capisce.”*

**T.:** *“Pensi di poter far entrare nella scena Marco adulto a parlare con papà per spiegargli di cosa ha bisogno il piccolo Marco?”*

**M.:** *“Sì...”*

**T.:** *“Riesci a vederti adulto nell’immagine?”*

**M.:** *“Sì.”*

**T.:** *“Puoi parlargli per conto del piccolo Marco?”*

**M.:** *“Ok...Papà, io penso che tu abbia sbagliato con il piccolo Marco, lui voleva solo giocare e tu non lo ascoltavi mai. Ora sono grande, so che l’hai fatto per il mio bene ma questa cosa mi ha profondamente ferito e segnato.”*

**T.:** *“Cosa vorresti adesso?”*

**M.:** *“Vorrei dirgli che gli voglio bene e abbracciarlo.”*

**T.:** *“Puoi farlo?”*

**M.:** *“Sì...Papà, anche se alcune cose mi hanno fatto male, io ti voglio bene.”*

**T.:** *“E ora cosa succede?”*

**M.:** *“Mi dice che anche lui mi vuole bene, ci abbracciamo e siamo felici.”*

**T.:** *“Bene, ora vorrei che ti rivolgessi al piccolo Marco, riesci a vederlo?”*

**M.:** *“Sì sì.”*

**T.:** *“Riesci a parlargli? Riesci a farlo stare meglio?”*

**M.:** *“So che per te adesso è tutto molto difficile, che ti senti non capito ed è normale che tu ti senta triste e arrabbiato, ma un giorno starai meglio anche se tu oggi non lo sai...”*

**T.:** *“Cosa succede?”*

**M.:** *“Continua a piangere, non capisce cosa gli voglio dire...”*

**T.:** *“Cosa ti va di fare?”*

**M.:** *“Lo prendo in braccio, e gli dico che gli voglio bene...adesso è più sereno... Lo porto a giocare a calcio, finalmente è felice, e anche io!”*

Ho ricondotto Marco nel posto sicuro. Quando ha riaperto gli occhi era visibilmente commosso e ha riferito di sentirsi bene, meno arrabbiato con i genitori e ha aggiunto *“è come se sentissi di averli perdonati...loro hanno fatto il possibile per assicurarmi un futuro.”*.

Ho voluto chiudere il percorso terapeutico con un'ultima tecnica, scegliendo di far presenziare Marco al proprio funerale. La scelta di questa tecnica è stata da me effettuata per aiutare il paziente a fare un'ultima riflessione sui valori che voleva coltivare nella propria vita e sulla direzione che voleva dare alla propria esistenza, impegnandosi già dal momento presente. L'esercizio è stato svolto in seduta e il paziente ha poi compilato la Scheda *“Presenziare al tuo stesso funerale”* come *homework* (Appendice II).

## 8. Prevenzione delle ricadute

Avendo raggiunto gli obiettivi terapeutici, ho concordato con Marco di passare alla fase conclusiva della terapia, dedicata alla prevenzione delle ricadute.

Il primo *step* è stato la revisione con il paziente di tutto il suo percorso terapeutico, delle informazioni apprese e delle tecniche utilizzate. Ho sottolineato a Marco che, sebbene la terapia volgesse al termine, lui avrebbe dovuto continuare ad applicare le tecniche imparate in modo che diventasse per lui sempre più automatico utilizzarle, facendole rientrare nel proprio bagaglio personale di abilità, ed essendo finalmente ‘terapeuta di sé stesso’.

Ho spiegato al paziente la differenza tra l’insuccesso, il *relapse* e il *lapse* e, successivamente, ho identificato con Marco i segnali precoci di un’eventuale ricaduta.

**T.:** *“Bene, Marco, sono molto soddisfatta del tuo percorso e dell’impegno che ci hai messo, questo ti ha permesso di raggiungere degli ottimi risultati. Complimenti! Come ti ho già altre volte accennato, potrebbero capitare nella tua vita degli episodi di perdita dell’erezione. Se dovesse accadere, non scoraggiarti e non catastrofizzare pensando che stai ritornando indietro, sappi che è una cosa che può succedere ed è molto comune.”*

**M.:** *“Sì, adesso lo so...”*

**T.:** *“La cosa importante è che tu sappia distinguere tra insuccesso, relapse e lapse: l’insuccesso è il fallimento terapeutico, la ricaduta o relapse si ha quando si rileva un peggioramento dopo un iniziale miglioramento, lo scivolone o lapse è un occasionale, isolato e limitato episodio di mancato erezione abbastanza fisiologico. Il lapse è solo un’opportunità per riprendere le abilità apprese nel corso del trattamento.”*

**M.:** *“Sì, ora lo so che è una cosa che può succedere e non è la fine del mondo. Anche a Mara succede e non ne facciamo una tragedia...”*

**T.:** *“Bene. Sempre in un’ottica di prevenzione delle ricadute, vorrei analizzare con te i segnali di pericolo, cioè quei segnali precoci di un’eventuale ricaduta: il saperli riconoscere, ti aiuterà nel prevenire le ricadute. Cominciamo.”*

**M.:** *“Va bene! Beh sicuramente per me segnali di pericolo sono la mancanza di sonno e di appetito, così come la perdita di energie e la svogliatezza.”*

**T.:** *“Cosa intendi per svogliatezza?”*

**M.:** *“Il fatto di non uscire, di non aver voglia di fare le cose, di non lavorare bene.”*

**T.:** *“Ok, poi?”*

**M.:** *“Poi...la comparsa del rimuginio, il nervosismo e l’irritabilità.”*

**T.:** *“Bene, poi? Ti viene in mente altro?”*

**M.:** “Sì, ovviamente la perdita di desiderio sessuale!”

**T.:** “Ok, poi?”

**M.:** “Poi basta, non mi viene in mente altro.”.

Infine, abbiamo programmato ciò che avrebbe dovuto fare una volta riconosciuti i “campanelli di allarme”. In questo caso, Marco ha elaborato una lista degli strumenti appresi all’interno del percorso terapeutico e che lui aveva trovato più utili:

- ABC;
- Tecnica delle alternative;
- *Counter*;
- Tecnica delle prove a favore e contro;
- Usare gli altri come punto di riferimento;
- *Worry management*;
- *Training* Autogeno;
- Focalizzazione sensoriale;

In generale, Marco ha elaborato anche una lista di attività piacevoli e utili per tenere bassi i livelli di stress e di ansia:

- Fare lunghe passeggiate;
- Andare a giocare a carte dai miei amici;
- Guardare un programma che mi piace in tv (es.: partite di calcio);
- Fare una doccia rinfrescante;
- Fare una telefonata ad un amico;
- Programmare una gita/vacanza/*week-end* facendo le ricerche su *internet*;
- Cucinare;
- Dormire un numero adeguato di ore (circa 7 ore);
- Mangiare sano;
- Ridurre il consumo di caffè e di sigarette.

Sempre in un’ottica di prevenzione delle ricadute, ho inserito in questa fase il protocollo MBSR. Marco ha seguito tutto il protocollo con costanza e al termine ha riconosciuto che “*la mindfulness mi ha aiutato ad accettare i miei limiti fisici e mentali, e mi ha permesso di vedere soprattutto come la mente vaga; lo yoga, in particolare, mi ha invece aiutato a comprendere il vero significato dell’equilibrio mente/corpo.*”.

## 9. Esito della terapia e valutazioni psicometriche

La terapia, nel suo complesso, ha avuto un esito positivo: Marco ha raggiunto tutti gli obiettivi concordati grazie al suo impegno e alla sua tenacia. In particolare, ha acquisito una maggiore consapevolezza del suo disturbo, imparando a riconoscere il ruolo dei suoi pensieri disfunzionali. Il lavoro sui pensieri disfunzionali e sulle credenze riguardanti la sessualità, ha permesso a Marco di compiere valutazioni più adeguate, accettando anche la normale variabilità dell'esperienza sessuale e il rischio di poter avere *défaillance*, come qualsiasi altro essere umano. Il lavoro sul Disturbo erettile, la ristrutturazione delle credenze di base e l'apprendimento della *mindfulness*, hanno permesso a Marco di imparare a vivere il momento presente, di acquisire una maggiore stima di sé stesso e di riappropriarsi di importanti aree della propria vita con una rinnovata energia e fiducia in sé stesso. Il paziente ha completamente sospeso il trattamento farmacologico, ha acquistato una casa e ripreso a frequentare i suoi amici. Inoltre, a settembre 2015 diventerà padre di una bambina.

Gli esiti positivi della terapia sono stati confermati anche dai punteggi del *re-test*, effettuato prima della conclusione del trattamento, ovvero prima della prevenzione delle ricadute. I risultati del *re-test* sono riportati di seguito.

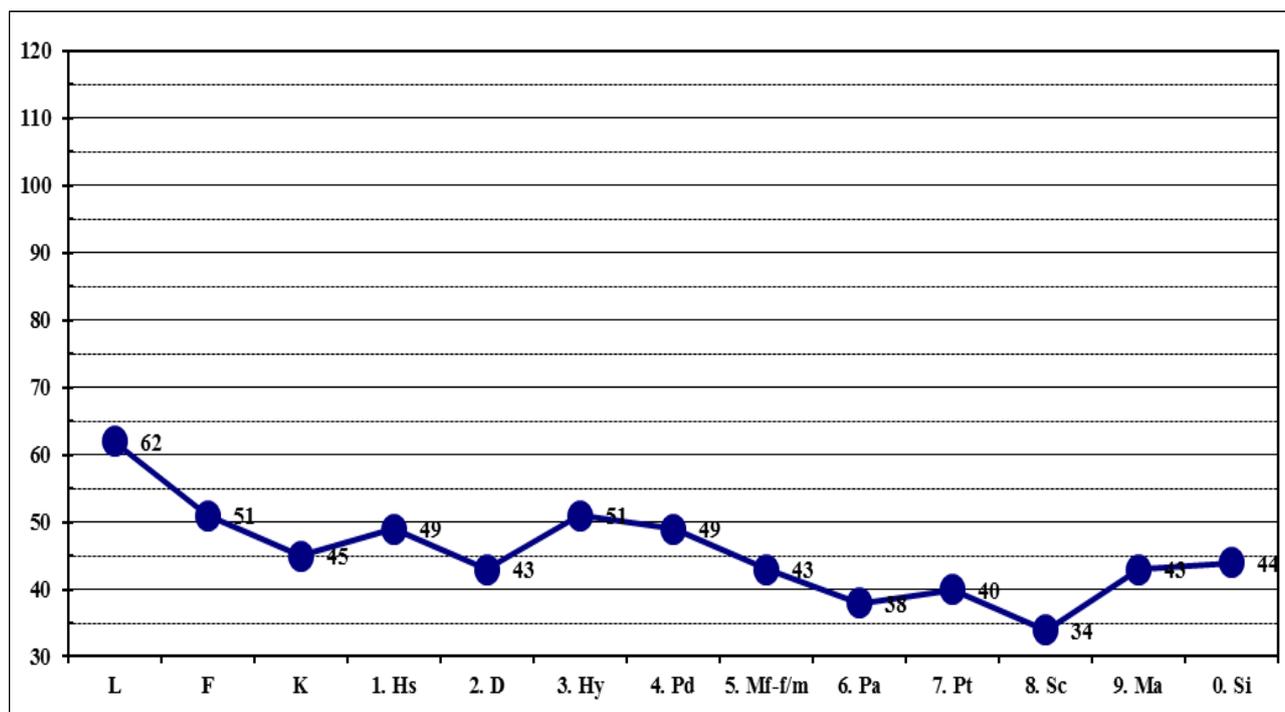
### **Risultati del re-test del Minnesota Multiphasic Personality Inventory - 2 (MMPI-2)**

Di seguito si riportano i risultati emersi dal *re-test* del MMPI-2 nelle Scale di Base (Fig. 16.1), nelle Scale di Contenuto (Fig. 16.2) e nelle Scale Supplementari (Fig. 16.3).

## Punteggi Scale di Base o Cliniche

Scala <b>Hs</b>	<b>Ipocondria</b>	49
Scala <b>D</b>	<b>Depressione</b>	43
Scala <b>Hy</b>	<b>Isteria</b>	51
Scala <b>Pd</b>	<b>Deviazioni psicopatiche</b>	49
Scala <b>Mf</b>	<b>Mascolinità-femminilità</b>	43
Scala <b>Pa</b>	<b>Paranoia</b>	38
Scala <b>Pt</b>	<b>Psicastenia</b>	40
Scala <b>Sc</b>	<b>Schizofrenia</b>	34
Scala <b>Ma</b>	<b>Ipomania</b>	43
Scala <b>Si</b>	<b>Introversione sociale</b>	44

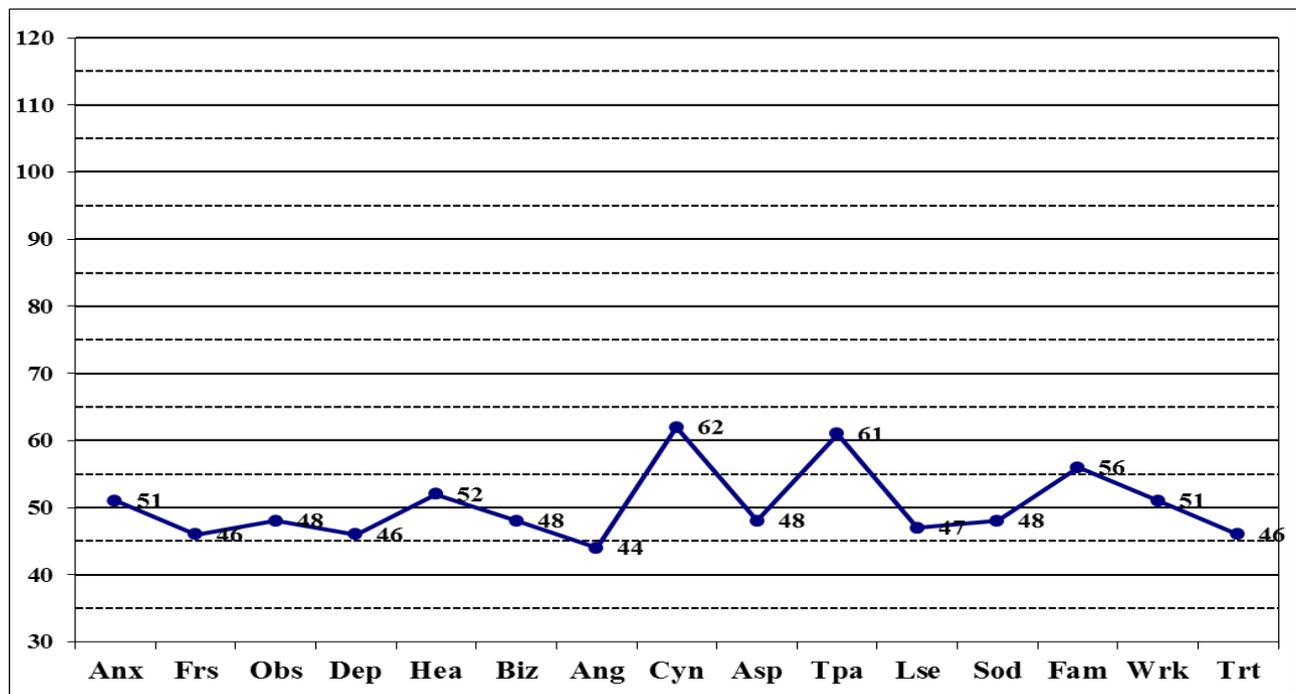
Figura 16.1. Profilo MMPI-2 Scale di Base o Cliniche



## Punteggi Scale di Contenuto

Scala ANX	Ansia	51
Scala FRS	Paure	46
Scala OBS	Ossessività	48
Scala DEP	Depressione	46
Scala HEA	Preoccupazioni per la salute	52
Scala BIZ	Ideazione bizzarra	48
Scala ANG	Rabbia	44
Scala CYN	Cinismo	62
Scala ASP	Comportamenti antisociali	48
Scala TPA	Tipo A	61
Scala LSE	Bassa Autostima	47
Scala SOD	Disagio sociale	48
Scala FAM	Problemi familiari	56
Scala WRK	Difficoltà sul lavoro	51
Scala TRT	Indicatori di difficoltà di trattamento	46

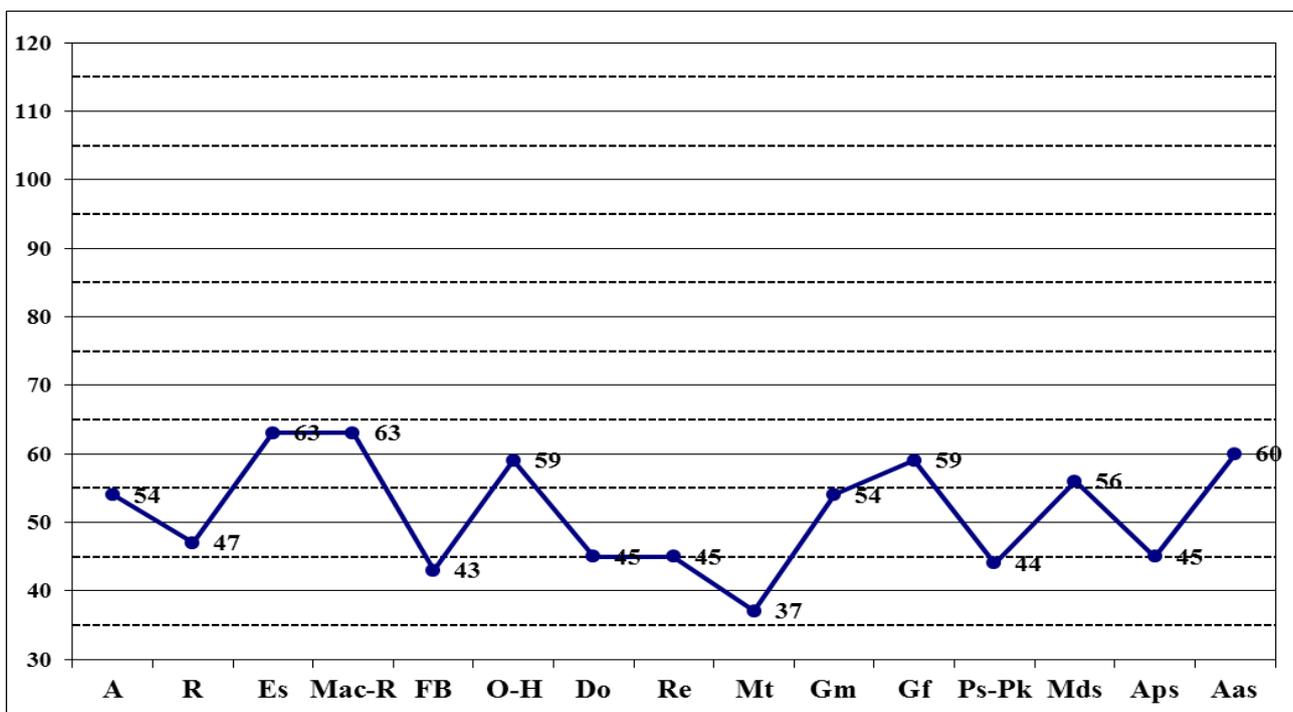
Figura 16.2. Profilo MMPI-2 Scale di Contenuto



## Punteggi Scale Supplementari

Scala O-H	Ostilità ipercontrollata	59
Scala Do	Dominanza	45
Scala Re	Responsabilità sociale	45
Scala Mt	Disadattamento scolastico	37
Scala Gm	Scala del ruolo di genere maschile	54
Scale Gf	Scala del ruolo di genere femminile	59
Scala Pk e Ps	Disturbo da stress post-traumatico	44
Scala MDS	Disagio coniugale	56
Scala APS	Tossicodipendenza potenziale	45
Scala AAS	Ammissione di tossicodipendenza	60

Figura 16.3. Profilo MMPI-2 Scale Supplementari



### **Risultati del re-test dello State-Trait Anxiety Inventory – forma X (STAI – X)**

In fase di *assessment* lo STAI-X rilevava livelli **medio-alti** dell'**ansia di stato (51)** e **medio-bassi** dell'**ansia di tratto (41)**.

Il *re-test* registra livelli **medio-bassi** dell'**ansia di stato (31)** e **nulli o molto bassi** dell'**ansia di tratto (26)**.

### **Risultati del re-test del Beck Depression Inventory – II (BDI - II)**

Dal BDI-II in fase di *assessment* emergevano i seguenti punteggi:

- Scala somatico-affettiva: **grave (15)**
- Scala cognitiva: **lieve (9)**
- Valutazione globale: **grave (24)**.

Dal *re-test* emergono, invece, i seguenti punteggi:

- Scala somatico-affettiva: **normale (2)**
- Scala cognitiva: **normale (0)**
- Valutazione globale: **normale (2)**.

### **Risultati del re-test del Sexuality Evaluation Schedule Assessment Monitoring (SESAMO)**

I risultati del *re-test* del *Sexuality Evaluation Schedule Assessment Monitoring* (SESAMO) evidenziano come Marco senta di aver acquisito maggiori informazioni e conoscenze sulla fisiologia del proprio apparato sessuale e in generale in ambito sessuale. Il desiderio sessuale del paziente nei confronti delle donne è allo stato attuale alto e difatti Marco riconosce che negli ultimi mesi è aumentato. Infine, non dichiara più di soffrire di ansia.

Dal *re-test* è emerso che Marco ha una buona relazione affettiva e si sente mediamente innamorato, viene riferito un miglioramento della relazione. I rapporti sessuali avvengono con una frequenza, che il paziente reputa soddisfacente, di una volta la settimana e raramente ha rapporti in assenza di desiderio sessuale. L'iniziativa sessuale viene attualmente presa alternativamente dai due *partner*, desiderio espresso da Marco alla prima somministrazione del test in fase di *assessment*. In fase di *assessment*, Marco considerava la qualità dei rapporti sessuali mediamente buona mentre al *re-test* dichiara che prima era scadente e allo stato attuale è buona.

Al momento del *re-test*, Mara è in stato di gravidanza e il desiderio sessuale della donna è diminuito; Marco dichiara che il proprio desiderio sessuale verso la moglie in stato di gravidanza è

diminuito e la considera fisicamente meno attraente. Allo stato attuale, la coppia non utilizza metodi contraccettivi.

### **Risultati dell'Indice Internazionale della Funzione Erettile (IIEF)**

In fase di *assessment* l'Indice Internazionale della Funzione Erettile (IIEF) rilevava livelli **moderati (15)** della disfunzione erettile.

Il *re-test* registra l'**assenza (27)** della disfunzione erettile.

## ***10. Follow-up***

Constatata una significativa riduzione dell'assetto sintomatologico, con grande soddisfazione ho iniziato a programmare la conclusione della terapia. Ho quindi comunicato a Marco che avremmo iniziato a diradare gli incontri, chiedendogli se per lui andasse bene: il paziente mi ha confermato il raggiungimento di uno stato di benessere e l'assenza di sintomi invalidanti, si è dichiarato pronto alla chiusura della terapia. Dopo la fase iniziale di trattamento psicoterapeutico caratterizzata da incontri settimanali, ho programmato i successivi incontri a distanza di 1 mese, poi di 3 mesi e infine un ultimo colloquio dopo 6 mesi. Quando ho concordato con Marco di iniziare la fase di *follow-up*, il paziente mi ha confessato di sentirsi dispiaciuto per la fine del percorso psicoterapeutico, ma al tempo stesso mi ha espresso tutta la sua gratitudine per *“aver fatto una squadra con me e avermi aiutato a guarire. Ora conosco tante cose di me e so come affrontarle.”*.

Allo stato attuale non ho terminato gli incontri di *follow-up* ma ho svolto due incontri a distanza di un mese e ho programmato con Marco un incontro successivo a distanza di 3 mesi. Nel corso dei primi due incontri a cadenza mensile, ho avuto modo di verificare il mantenimento dei risultati terapeutici e l'andamento del suo lavoro autonomo.

Marco mi ha riferito di sentirsi molto più tranquillo e sereno, nonostante nella sua vita vi siano stati dei cambiamenti: sta affrontando la gravidanza della moglie con serenità e aiutando Mara a gestire le ansie legate alla gravidanza; contemporaneamente, sta svolgendo dei lavori nella nuova casa dove a breve si traferirà. *“Sto cercando di essere come la montagna della mindfulness...E mi sento felice!”*.

Nel complesso, la terapia è durata circa un anno. Marco ha dimostrato impegno e costanza, ha frequentato le sedute in maniera assidua e ha sempre rispettato il contratto terapeutico.

## **Appendice I**

Di seguito è riportato il materiale fornito al paziente:

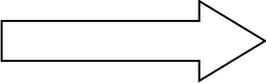
- Psicoeducazione “Pensiero e reazioni corporee”;
- Scheda delle manifestazioni psicofisiologiche dell’ansia;
- Illustrazioni dell’apparato genitale maschile esterno e interno;
- Psicoeducazione sessuale;
- Psicoeducazione sul *Training* Autogeno;
- Schema della gerarchia del pensiero;
- Lista dei principali errori di ragionamento;
- Le tecniche dei *counter* e delle interpretazioni alternative;
- Lista dei principali Pensieri Automatici Negativi degli uomini sulla sessualità;
- Lista delle principali Credenze Intermedie degli uomini sulla sessualità;
- Lista delle principali Credenze di Base degli uomini;
- Metafora del latte versato;
- Scheda del *Worry management*;
- Scheda della Focalizzazione Sensoriale;
- *File* sull’assertività.

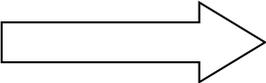
## PENSIERO E REAZIONI CORPOREE

Il pensiero influenza continuamente le nostre reazioni corporee:

- Un pensiero erotico può indurre una condizione di eccitazione vistosamente evidente anche a livello fisico;
- Il pensiero del proprio cibo preferito può far venire l'acquolina in bocca;
- La visione di un film dell'orrore può accelerare il battito cardiaco;
- Sentire una barzelletta può far ridere e ciò si correla a intense sensazioni fisiche;
- Il pensiero di poter avere un attacco di panico induce uno stato di allerta in grado di facilitare la comparsa di ulteriori reazioni ansiose.

Se osservate bene potrete cominciare a capire che l'ansia sale quando siete più concentrati sulle sensazioni del corpo e sui pensieri catastrofizzanti: se pensate, ad esempio, che avverrà una catastrofe, che non sarete in grado di reagire e avrete bisogno di fuggire, le sensazioni di ansia e di paura si intensificheranno.

Pensiero  Emozione  
Reazione fisiologica

Pensiero  Comportamento

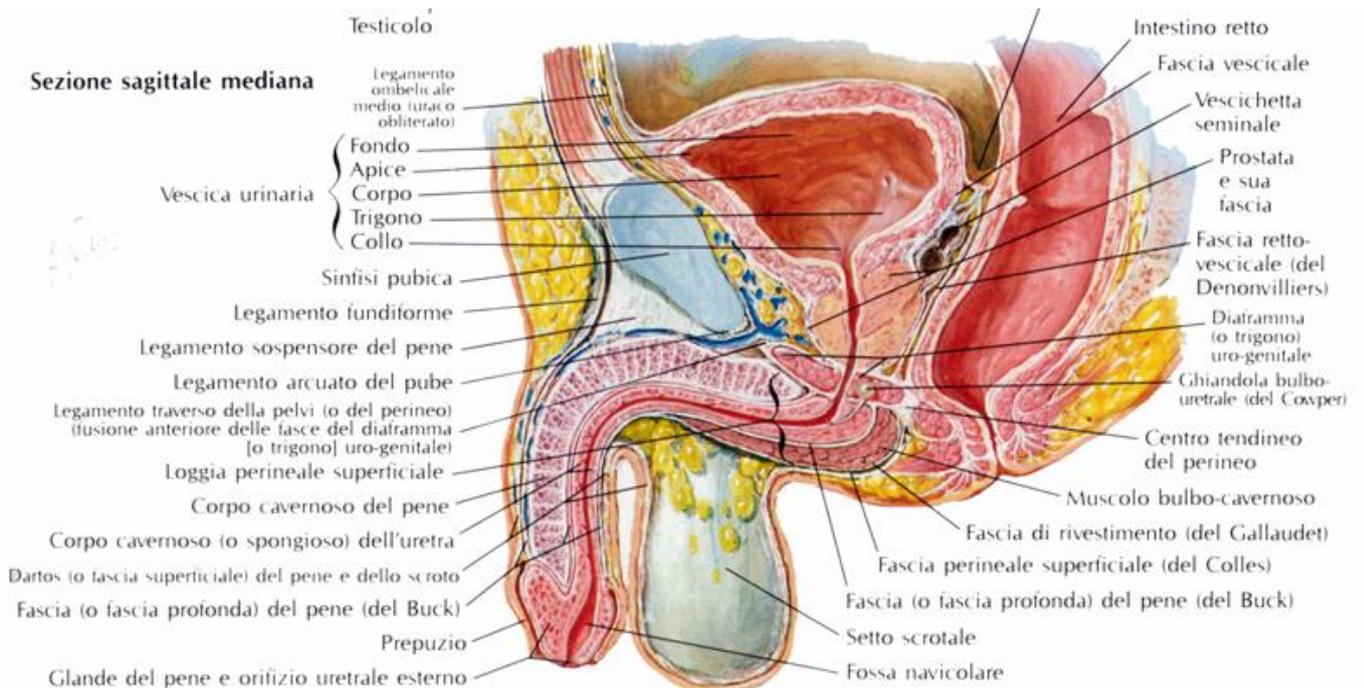
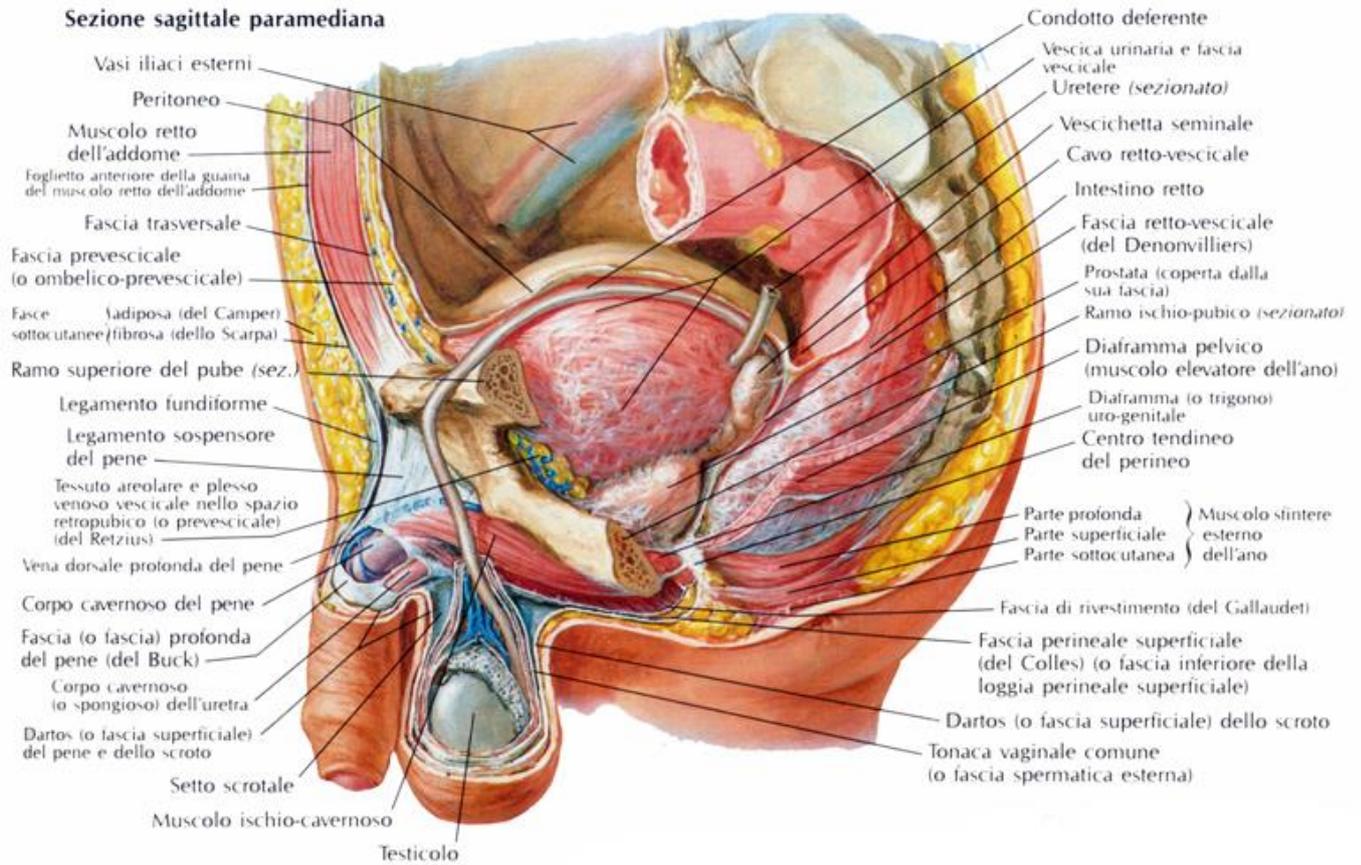
I pensieri catastrofizzanti fanno sì che le persone con disturbi d'ansia interpretino erroneamente i sintomi dell'ansia e li vedano come dei reali pericoli.

Attenzione, dunque, a cosa pensate quando diventate ansiosi e alle sensazioni fisiche che provate. Queste ultime potrebbero essere dovute ad altri fattori: stanchezza, troppa caffeina, stress, aver mangiato troppo, dormito troppo o troppo poco, cambio repentino della postura, ecc.

## SCHEMA DELLE MANIFESTAZIONI PSICOFISIOLOGICHE DELL'ANSIA

<b>Aspetti psicofisiologici dell'ansia</b>	
<b>Sintomi fisiologici</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Aumento battito cardiaco, palpitazioni</li> <li>2. Respiro affannoso, respiro accelerato</li> <li>3. Dolore o pressione al petto</li> <li>4. Sensazione di soffocamento</li> <li>5. Vertigini, stordimento</li> <li>6. Sudorazione, vampate di calore, brividi</li> <li>7. Nausea, fastidio allo stomaco, diarrea</li> <li>8. Tremori, scosse</li> <li>9. Formicolio o addormentamento nelle braccia, gambe</li> <li>10. Debolezza, svenimenti</li> <li>11. Tensione muscolare, rigidità</li> <li>12. Bocca secca</li> </ol>
<b>Sintomi cognitivi</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Paura di perdere il controllo, di non essere in grado di farcela</li> <li>2. Paura di danno fisico o morte</li> <li>3. Paura di impazzire</li> <li>4. Paura di valutazioni negative da parte degli altri</li> <li>5. Pensieri, immagini o ricordi spaventosi</li> <li>6. Percezioni di irrealtà o distacco</li> <li>7. Scarsa concentrazione, confusione, distraibilità</li> <li>8. Restringimento dell'attenzione, ipervigilanza per la minaccia</li> <li>9. Scarsa memoria</li> <li>10. Difficoltà di ragionamento, perdita di obiettività</li> </ol>
<b>Sintomi comportamentali</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evitamento dei segnali o delle situazioni percepite come minacciose</li> <li>2. Fuga</li> <li>3. Ricerca di sicurezza, rassicurazione</li> <li>4. Agitazione, irrequietezza</li> <li>5. Iperventilazione</li> <li>6. Congelamento, inerzia</li> <li>7. Difficoltà a parlare</li> </ol>
<b>Sintomi emotivi</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nervoso, teso, agitato</li> <li>2. Spaventato, impaurito, terrificato</li> <li>3. Irritabile</li> <li>4. Impaziente, frustrato</li> </ol>

# APPARATO GENITALE MASCHILE ESTERNO E INTERNO



# PSICOEDUCAZIONE SESSUALE

## Introduzione

La sessualità è un aspetto positivo e integrante della vostra personalità che influisce sulle vostre relazioni intime. Inoltre, la sessualità aumenta la soddisfazione e la stabilità in tutte le aree di una relazione, comprese quelle non sessuali. Comunque, come qualunque altro aspetto delle nostre personalità, la sessualità richiede attenzione per raggiungere il suo potenziale di arricchire la nostra vita.

È importante focalizzarsi sul cambiamento delle credenze profonde sulla sessualità, dei comportamenti e delle emozioni piuttosto che sulla *performance* o sulla necessità di dimostrare che siete sessualmente emancipati. Il nostro obiettivo è aumentare la consapevolezza e l'accettazione sessuale, che portano a un nuovo mantra per una sana sessualità di coppia: un accresciuto desiderio, piacere, erotismo e soddisfazione.

La nostra speranza è che la promozione di atteggiamenti favorevoli alla sessualità, lo sviluppo di abilità psicosessuali ed emotive aumentino l'accettazione, la sensazione di agio e il piacere sessuale. Se gli studenti sviluppano una consapevolezza e un agio con la sensualità e la sessualità, le loro vite e quelle dei loro pazienti miglioreranno. L'educazione è il mezzo migliore per prevenire o curare il danno che deriva dai miti sessuali, da atteggiamenti controproducenti e da esperienze negative.

### **L'informazione scientifica offre linee guida positive**

Abbiamo più informazioni sulla sessualità umana di qualunque altra cultura nella storia mondiale. Tuttavia non c'è ancora un'evidenza secondo cui le persone funzionano meglio da un punto di vista sessuale o si godono di più le loro vite, contrariamente ai miti perpetuati dai *media* in cui tutti sono emancipati e fanno sesso soddisfacente in abbondanza. Siamo passati da una cultura sessualmente repressa e inibita a una satura di sesso, orientata alla *performance*, ambivalente e confusa.

Maggiori informazioni avrete, meglio potrete scegliere come integrare la sessualità nella vostra vita. La sessualità è una vostra responsabilità, non è responsabilità della cultura, della religione, delle scuole, dei genitori o degli amici, anche se questi possono, e lo fanno, influenzare i vostri valori e decisioni sessuali.

1. La sessualità è una parte buona e salutare della vita, non è cattiva o dannosa;
2. La sessualità è una parte positiva e integrante della personalità di ciascun individuo;
3. Siete responsabili di scegliere come esprimere la vostra sessualità. La sessualità può migliorare la vostra vita e le relazioni intime. Non deve essere causa di ansia, sensi di colpa o problemi;
4. Una sana relazione sessuale è basata sul rispetto, fiducia e intimità;
5. Una relazione intima è il modo più sicuro e soddisfacente per esprimere la sessualità.

### **Fonti del nostro modello di sessualità**

La condizione ottimale per la consapevolezza sessuale è l'impegno, che promuove l'abilità dei *partner* a diventare alleati intimi ed erotici, una squadra sessuale.

### **Chi siamo**

È determinante riservare un tempo per la coppia e valutare la vostra relazione. L'intimità e un piacere non richiedente sono le fondamenta del desiderio sessuale. La chiave dell'eccitazione sessuale sono gli scenari e le tecniche erotiche, con cui l'eccitazione dei *partner* si costruisce reciprocamente. È fondamentale ridurre l'ansia da *performance* e sostituire le aspettative irrealistiche con una visione ampia, flessibile e orientata al piacere della sessualità di coppia.

### **Agio e piacere**

Le coppie pongono troppa enfasi sul rapporto sessuale, che identificano con il sesso. Questa credenza interferisce con la piena espressione della vostra sessualità. Se i *partner* sono a loro agio con la relazione, tra di loro, con i sentimenti di sensualità, con la capacità di dare e ricevere un contatto orientato al piacere, allora il rapporto sessuale e l'orgasmo rappresentano la naturale prosecuzione del processo del piacere/erotismo, non un esame sessuale in cui si è promossi o bocciati. L'enfasi è posta su un contatto lento, gentile e amorevole. Quando questi elementi sono presenti durante i preliminari, il rapporto e nella fase successiva, le coppie sperimentano maggiore divertimento e soddisfazione. Una relazione intima, un piacere non richiedente, scenari e tecniche erotiche, insieme ad aspettative sessuali positive e realistiche, sono gli ingredienti principali della soddisfazione sessuale.

### Procedure per gli esercizi psicosessuali

È importante essere consapevoli che il miglior modo di apprendere la sessualità è, innanzitutto, capire i propri peculiari desideri e risposte sessuali, poi darne un riscontro e guidare il *partner*.

1. Essere premurosi e costruttivi;
2. Dare un *feedback* positivo prima di uno negativo: il miglior rapporto di apprendimento è 5 positivi su 1 negativo;
3. Essere specifici, soprattutto nelle richieste di cambiamento;
4. Quando date il *feedback*, chiedete il cambiamento che vorreste ed evitate di fare commenti negativi sul *partner* come persona o amante;
5. Supportate il vostro *partner* nel fare i cambiamenti da voi richiesti; il cambiamento emotivo e sessuale si basa su un processo di influenza positiva, non sulle minacce, sulle richieste o sulla coercizione.

Queste sono linee guida piuttosto che regole rigide.

Il *focus* si concentra sul rafforzamento della funzione sensuale e sessuale, quindi sul provare varie tecniche di piacere, condividere e comunicare, variare il vostro approccio al contatto e alla sessualità. Ad esempio, enfatizzare l'importanza di un contatto lento, tenero, gentile, ritmico e fluido. In alcuni momenti, i *partner* potrebbero volere un contatto rapido, intenso ed erotico. Noi suggeriamo di fare un bagno o una doccia insieme, e di godere di un sesso dolce, dal momento che le sensazioni possono essere accresciute da essenze naturali per il corpo. La varietà, la sperimentazione e l'imprevedibilità sono gli ingredienti principali per aumentare l'erotismo e la sessualità.

Il piacere del contatto, dell'erotismo, del rapporto sessuale e dei momenti successivi fluisce in modo naturale e confortevole. L'orgasmo è il naturale culmine dell'eccitazione sessuale, non lo scopo ultimo da raggiungere. Vi invitiamo ad avere un atteggiamento verso la sessualità che includa il vostro intero corpo, non solo i vostri genitali, e che consideri il contatto sensuale, giocoso ed erotico dello stesso valore del rapporto sessuale. Questo può essere possibile solo se voi esprimete le vostre emozioni e preferenze sessuali in modo sensibile e aperto.

Il funzionamento psicologico e sessuale è potenziato quando i vostri atteggiamenti, emozioni e comportamenti sono coerenti e si rinforzano reciprocamente. Fare gli esercizi modifica il comportamento. Essere consapevoli delle reazioni e dare e ricevere *feedback* cambia le emozioni. Speriamo che potrete crescere nella consapevolezza sessuale, nell'agio, nel piacere, nell'erotismo e nella soddisfazione.

### **Promuovere la consapevolezza sessuale**

Nello scenario sessuale è apparso un nuovo mito sessuale, quello secondo cui le persone sono sessualmente ben informate e a loro agio e che fanno il miglior sesso della storia.

Le esperienze sessuali cominciano a un'età più precoce. L'aspetto triste tuttavia è che la consapevolezza, la sensazione di agio e la soddisfazione sessuale non sono aumentate. Le promesse di una rivoluzione sessuale non si sono realizzate.

### **Comprendere e accettare la vostra sessualità**

Una sana sessualità comincia con la comprensione e l'accettazione di voi stessi, del vostro corpo e del suo potenziale sensuale e sessuale. Nell'adolescenza vi sono due potenti insegnamenti negativi sul sesso. Il primo è che il sesso è fondamentalmente cattivo (eccitante, ma cattivo) e diventa buono solo nel contesto del matrimonio. Il secondo è che il sesso si riferisce solo al rapporto sessuale. La sessualità include tutto quello che va da uno sguardo di affetto a una carezza gentile, da un rapporto appassionato a una fase successiva amorevole. La domanda psicologicamente sana è come esprimere la sessualità in un modo che aumenti la vostra autostima e accresca la soddisfazione con la vostra relazione intima. Una sessualità sana implica che ciascun *partner* valuti la propria "voce sessuale" (autonomia) e diventi una "squadra intima" che integri complicità, piacere ed erotismo.

### **La chiave è la comunicazione**

Non è facile esprimere i vostri sentimenti più intimi ma una comunicazione onesta e continua è essenziale per una soddisfazione sessuale. Di solito, dopo le prime conversazioni romantiche, sugli amanti cala un sipario. Per alcuni, la riduzione nella comunicazione è lieve. Comunque, quando la comunicazione sessuale diventa problematica, per la maggior parte delle coppie il sipario è pesante e scuro. Una comunicazione supportiva può ridurre questo sipario e dissipare la sensazione di isolamento personale.

Quasi tutti, in qualche momento della vita, trovano difficile esprimere verbalmente amore, cura, o persino preoccupazione. Il contatto e le richieste non verbali servono a colmare i vuoti e a permettervi di connettervi. Sia la comunicazione verbale che non verbale sono di vitale importanza.

### **Rimanere flessibili durante lo svolgimento degli esercizi**

Sconsigliamo di fare gli esercizi con il libro aperto. Questo non è un ricettario. La sessualità richiede due partecipanti coinvolti. Affinché gli esercizi siano un apprendimento positivo e una condivisione di esperienze, l'ingrediente più importante è il *feedback* verbale e non verbale. È determinante lavorare come una squadra intima e non essere fuorviati da sentimenti di rifiuto, imbarazzo, disappunto o frustrazione. Gli esercizi delle abilità psicosessuali sono linee guida flessibili per rafforzare gli atteggiamenti, i sentimenti e le funzioni sessuali.

Assicuratevi di dire al vostro *partner* quello che vi piace e non vi piace. Ad esempio, qualcuno può voler parlare degli odori sessuali (che eccitano o al contrario fanno passare la voglia) ma può farsi problemi a introdurre l'argomento. La nostra cultura è molto sensibile sull'igiene, e molti *partner* possono privarsi di esperienze piacevoli (o esporsi a esperienze spiacevoli) per la paura di parlare di quest'argomento così delicato ma, comunque, importante.

Parlate di ciò che è importante per voi – fantasie, suoni, ambiente, odori, posizioni, temperatura, quantità di luce. Ricordate che le richieste in quest'ambito sono fondamentali per migliorare il processo. Liberarsi delle restrizioni culturali aiuta le relazioni sessuali a diventare aperte e soddisfacenti.

Le richieste sul sesso, d'altra parte, minano l'intimità e il desiderio. Con la scusa di una comunicazione onesta e di essere sessualmente liberi, alcuni possono esercitare pressione sul *partner* per avere prestazioni sessuali e minacciare di porre fine alla relazione a causa della scarsa *performance*. Questo è antitetico al concetto di intimità, piacere e fiducia che formano le basi di una sana sessualità di coppia. Sentitevi liberi di avanzare delle richieste ma evitate di avere pretese.

### **Esprimete quello che provate**

Come potete esprimere al meglio i vostri sentimenti? Ogni persona e ogni coppia sviluppano il proprio stile. Qui trovate alcuni suggerimenti e linee guida per esprimere quello che provate al vostro *partner*:

- “Ti desidero.” Può essere validante ammettere il proprio desiderio e spingere a sentirsi desiderabili. L’espressione di desiderio rinforza il senso di valore personale e sessuale del vostro *partner* e promuove una comunicazione intima. Potete “desiderare” il vostro *partner* in maniera sensuale, affettuosa, giocosa, erotica e sessuale.
- “Tu mi fai stare bene.” Questa è praticamente la definizione di un buon amante. È importante dire al vostro *partner* che vi soddisfa. Stare bene non è limitato all’ambito sessuale. Include rispetto, fiducia e intimità emotiva.
- “Ci tengo a te.” È un’espressione di interesse e preoccupazione che è sempre ben accetta, ma è particolarmente importante in momenti di stress e problemi. È un dato di fatto del comportamento umano che esprimere interesse aumenta il livello di genuino interesse e intimità. Interessarsi e condividere aumentano il desiderio sessuale.

### **Programmare esercizi di abilità psicosessuali**

Dopo che avete finito gli esercizi per darvi piacere con stimolazioni genitali e non genitali, condividete quello che avete imparato individualmente e come coppia. Poi discutete su cosa volete provare in seguito. Potete decidere di focalizzarvi sugli esercizi per aumentare il desiderio, su quelli per affrontare uno specifico problema oppure su quelli che integrano il dare piacere, l'erotismo e il rapporto sessuale. Procedete in accordo alle vostre necessità più che aderire rigidamente all'ordine seguito dal libro. Per ogni esercizio successivo, vi suggeriamo di leggere il capitolo da soli, discuterlo come coppia e poi scegliere se procedere.

## Sfatare i miti

Adesso esaminiamo i miti controproducenti sulla sessualità e rimpiazziamoli con informazioni accurate e atteggiamenti che aumentino la vostra consapevolezza e portino a un miglioramento dell'attività e del desiderio sessuali.

### *1. Il sesso è sia naturale che appreso*

Voi siete degli individui sessuali dal momento della vostra nascita fino a quello della vostra morte. Sia per gli uomini che per le donne, l'eccitazione sessuale sopraggiunge come normale attività fisiologica durante il ciclo del sonno. Il potenziale per la risposta sessuale è naturale per tutti. Gli atteggiamenti, i comportamenti e le emozioni si sviluppano come parte di un complesso processo di socializzazione erotica ed esperienze. L'apprendimento sessuale avviene nell'arco di tutta la vita e le esperienze negative possono essere superate.

### *2. Dare piacere e avere rapporti sessuali sono attività comuni*

I ruoli rigidi e artificiali di uomini e donne inibiscono la soddisfazione sessuale. Il periodo di preliminari/dare piacere può essere coinvolgente tanto per l'uomo che per la donna. Piuttosto che l'uomo che "si fa" la donna fino a quando sia sufficientemente eccitata per il rapporto, entrambi possono godere dell'esperienza di dare e ricevere piacere. Il miglior afrodisiaco è un *partner* coinvolto ed eccitato. La linea guida "dai e ricevi" dice che dare piacere al *partner* aumenta il proprio piacere.

### *3. Una relazione sessuale soddisfacente necessita di tempo e cure*

Non potete dare per scontata la vostra relazione sessuale. Stabilire una relazione erotica soddisfacente richiede una comunicazione, un interesse e una condivisione continui. Ci vuole anche tempo. L'ambiente, a parte il tempo da quando esiste la coppia (che non necessariamente coincide con l'inizio dell'attività sessuale), è la linea guida principale per mantenere una relazione intima. Il sesso può diventare una *routine* stagnante, specialmente quando fatto la sera tardi e con poca varietà, comunicazione e sperimentazione. Se date importanza alla sessualità, investiteci tempo, emozioni ed energia per mantenere la vostra relazione erotica e intima.

### *4. Amore e comunicazione non sono abbastanza*

C'è un mito romantico secondo cui se siete innamorati e comunicate, il sesso funziona sempre bene. Se l'uomo è un eiaculatore precoce o se la donna prova dolore durante il rapporto, tutto l'amore e la comunicazione del mondo non risolveranno il problema. È necessario aumentare il *comfort* sessuale e imparare delle specifiche tecniche psicosessuali. Ci sono delle coppie innamorate che comunicano le proprie emozioni e lavorano assieme per fare i genitori, eppure non sono capaci di trasferire questo interesse e condivisione sul sesso. La comunicazione è necessaria ma non sufficiente. Per

superare i problemi sessuali, avete bisogno di imparare e praticare la comunicazione sessuale e le abilità psicosessuali.

#### 5. *Sesso e amore non sono la stessa cosa*

Le relazioni più umane e soddisfacenti integrano l'intimità e l'erotismo. Il sesso e l'amore, comunque, non sono la stessa cosa. Questo mito ha fatto danni incommensurabili. Quando parliamo d'amore, non intendiamo l'euforia romantica che arriva con intensità, ma dura poco, all'inizio di una relazione. L'amore si evolve in una matura intimità dove rispettate, vi fidate e vi prendete cura l'uno dell'altro. Esperite un legame sicuro e profondo. Il sesso non è circoscritto all'eccitazione iniziale che accompagna la consapevolezza di essere attratti ed eccitati dal proprio *partner*. La funzione sessuale non si esaurisce con l'esperienza del desiderare, con l'eccitazione e l'orgasmo ma comprende anche il sentirsi emotivamente soddisfatti e connessi. Si può avere una vita sessuale efficiente con persone che non ci piacciono neanche oppure amare qualcuno ma avere delle disfunzioni sessuali croniche. Il sesso e l'amore sono due cose distinte. Le relazioni più salutari integrano un'intimità amorevole con l'erotismo con il risultato di una sessualità vivace e soddisfacente.

#### 6. *Tecnica versus intimità*

Molte persone non gradiscono i libri sul sesso perché enfatizzano la tecnica (molti leggono libri che hanno le parvenze di sofisticati ricettari sul sesso) piuttosto che l'intimità emotiva. Il nostro obiettivo è integrare il *comfort* e le abilità erotiche con l'espressione emotiva, la fiducia e la premura di una relazione intima. Per raggiungere la piena consapevolezza sessuale, la vostra sfida come coppia è di riuscire a integrare l'intimità con l'erotismo.

#### 7. *Sesso occasionale versus sesso intimo*

Sebbene una relazione sessuale intima sia un obiettivo valorizzato dai più, molte persone hanno avuto esperienza di relazioni sessuali occasionali, specialmente nella loro adolescenza e prima età adulta. L'eccitazione e la trasgressione di un nuovo *partner* sessuale sono difficili da replicare in una relazione coniugale seria. Una relazione intima comprende premura, fiducia e sicurezza – inclusa la libertà dalle coercizioni o dalla paura delle malattie sessualmente trasmissibili o dell'HIV – che non possono sussistere in incontri sessuali occasionali.

#### 8. *Variabilità nelle relazioni sessuali*

Le aspettative irrealistiche pongono un grosso fardello sulle vostre relazioni sessuali. Non importa quanto grande sia la vostra intimità o quanto sia fantasioso lo scenario erotico, non tutte le volte può essere “esplosivo.” In effetti, le coppie con una sana vita sessuale riportano che solo nel 35-45% dei loro incontri sessuali vi è un uguale desiderio, eccitazione, orgasmo e soddisfazione. Nel 5-15% degli incontri l'esperienza è mediocre – quel tipo di incontri insoddisfacenti o disfunzionali in cui a

metà dite: “Spero che ti stia piacendo,” e il vostro *partner* risponde: “No, lo sto facendo per te.” Le coppie che riescono a riderci sopra e a scrollarsene il peso di dosso per riprovarci il giorno dopo o la prossima volta che saranno maggiormente recettive e reattive, riusciranno a mantenere il sesso soddisfacente. Non siamo delle macchine in grado di avere prestazioni sessuali perfette dietro ogni richiesta. Se il sesso fosse sempre come una cena a cinque portate a base di bistecca e aragosta con i migliori vini, diventerebbe una *routine* monotona. La variabilità e la flessibilità sono normali aspetti dell’espressione del sesso. L’aspettativa che entrambi i *partner* saranno ugualmente desiderosi, orgasmici e soddisfatti ogni volta è irrealistica e auto-sabotante.

#### *9. Le persone hanno una sessualità anche in età avanzata*

Uno dei miti più crudeli riguarda il sesso e l’invecchiamento. Se siete in buona salute, avete un *partner* interessato e un atteggiamento positivo verso la sessualità, potete godere del sesso anche durante i vostri sessanta, settanta e ottanta anni. I cambiamenti fisiologici che si verificano con l’età sono gradualmente piuttosto che improvvisi e tendono ad alterare la funzione sessuale piuttosto che fermarla. Più conoscete e accettate i normali cambiamenti del vostro corpo, più sarà facile integrarli nella vostra relazione sessuale. Il maggior vantaggio del sesso dopo i sessant’anni è che spendete più tempo a darvi piacere in modo sensuale ed erotico dato che l’eccitazione soggettiva e oggettiva impiega più tempo ad arrivare. L’intimità emotiva, nonché il darsi piacere, e l’erotismo raggiungono la massima realizzazione quando una coppia invecchia.

#### *10. Entrambi i partner devono dire la loro*

I miti sessuali e le cattive abitudini si sviluppano già durante il fidanzamento. Uno dei miti più dannosi è che è compito dell’uomo prendere l’iniziativa e che c’è qualcosa di sbagliato nella donna che vuole e prende l’iniziativa sessuale. Il sesso è un piacere condiviso; ognuno ha il diritto di prendere l’iniziativa e dire di no. Gli uomini hanno più problemi ad apprendere a dire di no rispetto alle donne, dal momento che hanno imparato a prendere iniziative sessuali e a fare richieste chiare e dirette. L’uomo sente che per essere un “vero uomo” dovrebbe essere in grado di fare sesso in ogni momento e in ogni luogo. Essere a proprio agio a dire di no quando non si vuole un rapporto sessuale consente alla donna di essere più libera nelle sue iniziative e incoraggia entrambi i *partner* a godere di un’ampia gamma di attività sensuali, giocose ed erotiche.

#### *11. Va bene anche solo il contatto*

Potete essere a vostro agio nel contatto, a prescindere che siate vestiti o nudi, dentro o fuori la camera da letto. Se capite che non tutto il contatto deve procedere con il rapporto sessuale, siete meno inibiti dalla paura che se il vostro *partner* si eccita e voi non desiderate un rapporto sessuale, seguiranno frustrazione e discussioni. Il piacere e l’eccitazione sono preziosi di per sé, non solo come preludio al rapporto sessuale. Il contatto è un modo per connettersi, per mostrare affetto, per

esprimere sensualità, per essere giocosi o per condividere erotismo. Le persone che evitano il contatto quando non precede il rapporto sessuale tradiscono se stesse e la loro relazione. Il contatto è parte integrante della vostra relazione intima. Le coppie che si toccano in varie situazioni hanno rapporti sessuali più frequenti perché condividono connessione e piacere. Quest'ultimo può essere assaporato in se stesso o come ponte per il rapporto sessuale.

#### *12. Gli uomini e le donne sono sessualmente più simili che diversi*

Il doppio standard tradizionale era quello secondo cui gli uomini sono interessati al sesso e le donne sono interessate all'amore e semplicemente si sottomettono al sesso. I ricercatori, tuttavia, hanno riscontrato gli stessi processi fisiologici alla base della sessualità maschile e femminile. Ci sono più somiglianze sessuali che differenze. Le donne hanno il potenziale di essere multiorgasmiche, quindi se ci si basa solo sul criterio dell'orgasmo si potrebbe concludere che le donne sono più sessuali. Queste argomentazioni alimentano la competitività e l'incomprensione. Un concetto responsabilizzante è che gli uomini, le donne e le coppie apprezzano l'intimità, il piacere e l'erotismo.

#### *13. La tirannia dell'orgasmo femminile*

Le donne adesso vivono la stessa pressione di *performance* che ha così tanto tormentato gli uomini – la pressione di dimostrare di essersi emancipate avendo orgasmi multipli o identificando il punto G e provando l'orgasmo “perfetto”. Un pensiero di questo tipo è scientificamente errato e psicologicamente autodistruttivo. L'orgasmo femminile (come quello maschile) è il culmine naturale del coinvolgimento sessuale, dell'eccitazione, del flusso erotico, e del lasciarsi andare. Le donne hanno modalità e preferenze differenti di provare l'orgasmo. Non esistono due persone identiche da un punto di vista sessuale. Giudicare arbitrariamente un orgasmo come “giusto”, “maturo”, o “emancipato” rinnega se stessi. Un atteggiamento sano enfatizza l'esperienza e la condivisione del piacere sessuale, e non considera il sesso come una *performance* individuale o come l'esigenza di provare qualcosa a voi stessi e al vostro *partner*.

#### *14. Erezioni spontanee e rapporto sessuale*

Per i maschi sotto i 25 anni, le erezioni spontanee sono la regola. Quando un uomo invecchia, la frequenza e l'intensità delle erezioni spontanee diminuiscono gradualmente, in modo più marcato intorno i 40-50 anni. Piuttosto che un'erezione facile e automatica, l'eccitazione è il risultato della stimolazione del *partner* e della reciprocità del piacere. L'eccitazione e l'erezione diventano il correlato di una sessualità intima e interattiva. Gli uomini oltre i 50 anni impiegano più tempo per avere un'erezione e richiedono una stimolazione diretta sul pene. La buona notizia è che la sessualità diventa sempre più coinvolgente, condivisa e collaborativa man mano che i *partner* invecchiano. Le coppie possono continuare a godere dell'erezione e del rapporto sessuale fino ai

loro 80 anni. La mancanza di erezioni spontanee non implica l'assenza di desiderio sessuale o l'incapacità di godere del piacere, dell'erotismo e del rapporto sessuale.

#### *15. Riconquistare il desiderio sessuale*

La mancanza di desiderio sessuale è la disfunzione sessuale più comune. Una serie di fattori può ridurre il desiderio, tra cui la rabbia, la depressione, l'abuso di alcool o droghe, la delusione o la frustrazione con il *partner*, malattie croniche, effetti collaterali di farmaci, un disturbo dell'eccitazione o dell'orgasmo e la mancanza di momenti di coppia. I problemi sessuali devitalizzano la vostra relazione intima. Le coppie, soprattutto quelle in una relazione impegnata, possono risolvere le difficoltà sessuali. Mettere a confronto le proprie inibizioni e i blocchi nella comunicazione sessuale e mantenersi aperti e recettivi facilita la rivitalizzazione del desiderio sessuale.

#### *16. I comuni problemi sessuali femminili*

Nonostante un significativo numero di donne sperimenti a volte rapporti sessuali dolorosi (a causa di stanchezza, scarsa eccitazione, rabbia, mancanza di lubrificazione, ansia, e inadeguate tecniche sessuali), di solito non è un problema cronico. Dedicare tempo al piacere, guidare l'introduzione del pene, usare un lubrificante, o cambiare le posizioni del rapporto di solito alleviano il dolore. In casi complessi, un approccio di *equipe* che coinvolga un ginecologo e un terapeuta di coppia ha una grande importanza. I problemi sessuali femminili più comuni sono la mancanza di desiderio sessuale, la mancanza di eccitazione, la disfunzione orgasmica e l'insoddisfazione con l'intimità di coppia.

#### *17. I comuni problemi sessuali maschili*

Gli uomini tendono a vantarsi e a esagerare le loro prestazioni sessuali facendo battute sul non fare mai abbastanza sesso. In realtà, circa il 50% degli uomini sperimenta una disfunzione o un'insoddisfazione sessuale, che fanno fatica ad ammettere persino ai loro *partner*. Gli uomini sono individui sessuali, non macchine sessuali. I problemi sessuali maschili più comuni sono l'eiaculazione precoce, la disfunzione erettile, la mancanza di desiderio sessuale e l'inibizione eiaculatoria (difficoltà a raggiungere l'orgasmo).

#### *18. Il mito delle dimensioni del pene*

Molti uomini – in effetti, il 75% - si preoccupano che il loro pene sia più piccolo della media. Statisticamente, questo è assurdo, ma è ancora più sbagliato da una prospettiva psicosessuale. Vi è un'ampia gamma di dimensioni del pene nello stato di flaccidità. Questa si riduce quando il pene diventa eretto. Dal momento che i peni più grandi crescono in circonferenza ma meno in lunghezza, e i peni più piccoli crescono sia in lunghezza che in circonferenza, nello stato di erezione vi sono differenze minime di dimensioni. La differenza che esiste non conta dal momento che la vagina è

un organo che si adatta al pene introdotto. Le terminazioni nervose principali sono nel terzo esterno della vagina, quindi più grande non vuol dire migliore. Gli uomini dedicano la loro vita a preoccuparsi delle dimensioni del pene e a sentirsi sicuri di qualcosa che è un mito e che non ha niente a che vedere con la funzione o la soddisfazione sessuale maschile o femminile.

### 19. *Il sesso oro-genitale*

Un cambiamento importante nel comportamento sessuale è la crescente popolarità del sesso oro-genitale, sia la *fellatio* che il *cunnilingus*. Le coppie che utilizzano tecniche di piacere oro-genitale riportano più alti livelli di soddisfazione. La *fellatio* e il *cunnilingus* non sostituiscono il rapporto sessuale; sono attività sessuali complementari. La varietà, la sperimentazione, l'imprevedibilità e la comunicazione aumentano la soddisfazione sessuale. Il sesso oro-genitale è uno stimolo speciale che facilita l'erotismo e la soddisfazione.

### 20. *L'orgasmo simultaneo: un mito di performance*

L'orgasmo è un'esperienza che dura dai 3 ai 10 secondi negli uomini e nelle donne. I manuali di sessuologia proclamano l'orgasmo simultaneo come la massima esperienza sessuale. Provare a raggiungere questo rigido obiettivo di *performance* ha frustrato migliaia di coppie. Orchestrare l'eccitazione sessuale in modo che entrambi i *partner* raggiungano il proprio *climax* emotivo e fisico esattamente nello stesso momento è più un compito per ingegneri che per amanti. Alcune coppie amano raggiungere l'orgasmo allo stesso momento, anche se poche la riportano come un'esperienza sconvolgente, come invece viene descritta dai *media*. Alcuni definiscono l'orgasmo simultaneo come piacevole ma sono delusi dalla mancanza di intensità. Sugeriamo un approccio alla sessualità orientato al piacere: accettare e godere dell'orgasmo in qualunque successione temporale lo sperimentiate.

### 21. *Le persone sposate si masturbano*

La masturbazione è un comportamento sessuale normale e salutare all'età di 15, 35 o 65 anni, a prescindere che siate *single*, divorziati, conviventi o sposati. La maggior parte degli uomini e delle donne sposate si masturba di tanto in tanto. Vi sono molte ragioni per masturbarsi: quando siete fisicamente separati dal vostro *partner*, quando volete godere della vostra responsabilità sessuale e fantasie, quando vi sentite eccitati ma il vostro *partner* no. La masturbazione può anche servire per scopi negativi, ad esempio evitare il sesso con il vostro *partner*, indulgere in fantasie ossessive, o usare *internet* in modo compulsivo a scopi sessuali. Qualunque comportamento sessuale può essere usato in modo sbagliato. La masturbazione non è un comportamento regressivo o non sano. È un'espressione sessuale normale e positiva sia per le donne che per gli uomini da godere nel corso di tutta la vita.

## *22. Le funzioni positive delle fantasie erotiche*

Sia gli uomini che le donne utilizzano fantasie sessuali. Queste stimolano il desiderio sessuale e servono come ponte per l'eccitazione. Le fantasie sono la forma più comune di stimolazione multipla. Un ampio numero sia di uomini che di donne apprezza le fantasie erotiche almeno occasionalmente durante il sesso con il *partner*. Le fantasie raramente coinvolgono il *partner*, però. Quello che rende una fantasia erotica è che è illecita e socialmente inaccettabile. Questo vuol dire per caso che il sesso che si fantastica è il sesso che realmente si vuole? Niente affatto. Le persone fantasticano sull'essere sessualmente umiliati o stuprati; questo può funzionare per una fantasia eccitante ma sarebbe un'esperienza sessuale traumatica. Le fantasie si trovano su una dimensione differente rispetto al comportamento sessuale. Potete utilizzare le fantasie erotiche per intensificare il vostro coinvolgimento e piacere durante il sesso con il *partner*.

## *23. Il mito dell'orgasmo clitorideo vs. vaginale*

Fisiologicamente, un orgasmo è un orgasmo, a prescindere che avvenga durante la masturbazione, il *cunnilingus*, il rapporto sessuale, la stimolazione da vibratore o manuale. A seconda dei vostri atteggiamenti, aspettative, preferenze ed esperienze, la soddisfazione psicologica della donna varierà. La visione tradizionale di orgasmi "maturi vs. immaturi" o di una risposta orgasmica "più femminile vs. meno femminile" non è vera. L'area clitoridea ha il maggior numero di terminazioni nervose, e il clitoride è indirettamente stimolato da una serie di tecniche di eccitazione, tra cui il rapporto sessuale. L'accettazione della donna (e del suo *partner*) della propria modalità di orgasmo è il modo fisiologicamente più efficace per affrontare i miti e le questioni inerenti l'orgasmo femminile. La donna tipica è orgasmica durante il 70% delle esperienze sessuali di coppia. Meno del 15% delle donne è orgasmica durante tutti gli incontri sessuali.

## *24. Variazioni nel rapporto sessuale*

Il rapporto sessuale con l'uomo sopra è la posizione più comunemente utilizzata nella nostra cultura, poiché è la più facile per l'uomo che guida l'introduzione del pene e ne impedisce la fuoriuscita dalla vagina della donna. È una posizione piacevole e ha i suoi vantaggi sia per gli uomini che per le donne. Tuttavia, non c'è niente di "naturale", "superiore" o "nel modo giusto". In alcune culture, l'uomo sopra è utilizzato raramente. A molte coppie, durante il rapporto, piace sperimentare posizioni quali la donna sopra, l'uno accanto all'altro, da dietro, in piedi e in ginocchio. Le coppie sviluppano il proprio stile unico di essere sessuali, che comprende le variazioni preferite sulle posizioni del rapporto sessuale.

## *25. Integrare il Viagra nel vostro stile sessuale di coppia*

La tendenza a medicalizzare la sessualità maschile (così come quella femminile) con farmaci tipo Viagra o che potenziano il testosterone è fuorviante e ultimamente anche dannosa. Il Viagra può

essere una risorsa utile e negli anni a venire sarà introdotta una nuova generazione di farmaci, creme e cerotti per la sessualità. Tuttavia, a meno che siano necessari per l'intimità di coppia, il piacere e l'erotismo, gli interventi medici non saranno di aiuto né per l'individuo né per la coppia. Funzioneranno al meglio come risorsa supplementare per promuovere il vostro stile sessuale di coppia più che come interventi che funzionano autonomamente.

#### *26. Rendere la sessualità una parte integrante e positiva della vostra relazione*

Il mito che le coppie stanno funzionando meglio sessualmente rispetto alle coppie della generazione dei loro genitori è un mito che vorremmo fosse vero. La sessualità viene discussa in modo più aperto, vi è maggiore conoscenza scientifica e le persone stanno avendo il primo rapporto sessuale a un'età più precoce. Vi è anche un aumento della sperimentazione sessuale, delle malattie sessualmente trasmissibili e dei rapporti extraconiugali. Ma c'è stato anche un aumento della consapevolezza sessuale, del piacere e della soddisfazione? L'incremento della quantità sessuale ha portato a un aumento della qualità e soddisfazione sessuale? Per alcune persone sì, ma non per la maggioranza. Il numero delle "vittime" della rivoluzione sessuale attraverso il trauma sessuale, le malattie sessualmente trasmissibili e le relazioni finite male, continua a crescere. Il nostro obiettivo è responsabilizzarvi aumentando la consapevolezza sessuale, promuovendo l'intimità sessuale e rendendo la sessualità una parte integrante e positiva della vostra vita e relazione.

### **Risvegliare la vostra sessualità**

Molte coppie realizzano che la loro vita sessuale è diventata routinaria, meccanica e insoddisfacente. Il sesso è strettamente focalizzato sul rapporto sessuale con lo scopo dell'orgasmo. Quello che è successo è che il rapporto sessuale e l'orgasmo hanno messo in ombra le gioie del contatto piacevole, delle emozioni sensuali e di una sessualità ampia. La giocosità e l'imprevedibilità hanno ceduto il passo a una modalità in cui ogni forma di contatto conduce al rapporto sessuale. Il divertimento e la spontaneità sono scomparsi, e sono stati rimpiazzati da un rigido orientamento allo scopo che esercita sulla coppia una pressione a rendere ogni esperienza sessuale reciproca e perfetta. È importante orientarsi verso sensazioni sensuali e piacevoli. L'enfasi sarà sulla scoperta, in un modo rilassato e non orientato all'obiettivo, del piacere sessuale che ricavate dal toccare e dall'essere toccati – abbracciandovi, e accarezzandovi – che vi fa sentire a vostro agio e sensuali.

Quando accettate voi stessi come essere sensuali, sarete più in grado di focalizzarvi sul vostro *partner* e apprezzarne i sentimenti, preferenze e sensibilità. L'essenza della sessualità di coppia è un contatto orientato a dare e ricevere piacere.

Il tempo e la *privacy* sono determinanti.

La comunicazione intima giace nel cuore di un'esperienza sessuale soddisfacente. L'intimità viene rinforzata se iniziate un'attività con cura e considerazione e il vostro *partner* risponde esprimendo i propri sentimenti in modo chiaro e aperto.

(B. McCarthy & E. McCarthy, 2012. *Sexual Awareness. Your Guide to Healthy Couple Sexuality*. New York: Routledge)

## SUPERARE LO STRESS CON IL *TRAINING* AUTOGENO

Tra le diverse mansioni dello psicologo, come ricorda anche il codice deontologico, vi è quella di promuovere la salute e il benessere dell'individuo da un punto di vista biologico, psicologico e sociale. La psicologia della salute si occupa proprio di questo, attraverso la prevenzione primaria e secondaria. La prima si effettua sui soggetti al momento sani, che però potrebbero sviluppare in futuro forme di disagio psicologico e sociale o vere e proprie patologie mediche (infarti, tumori) in conseguenza a stili di vita poco salutaristi: ne sono classici esempi condizioni di stress cronico, tabagismo, sedentarietà, dieta ipercalorica. La prevenzione secondaria invece viene condotta su quei soggetti che hanno già avuto un episodio critico, ad esempio un infarto, affinché non ne susseguano altri. Entrambi i tipi di prevenzione mirano a sensibilizzare il soggetto circa le possibili conseguenze delle proprie azioni, inducendolo in tal modo a cambiare le proprie abitudini per salvaguardare la propria salute.

### IL TRAINING AUTOGENO

Il T.A. è una psicoterapia o una tecnica terapeutica (dipende dal modo in cui viene utilizzato) creata e sviluppata da Johannes Schultz (1884-1970), medico e psichiatra, intorno agli anni '20. Schultz definì il T.A. come “autodistensione da concentrazione psichica”, realizzabile attraverso “un esercizio sistematico (che si sviluppa da sé e plasma il nostro io) per la formazione di se stessi”.

La parola T.A. è composta da: *Training*, termine che può essere tradotto con addestramento, allenamento o formazione; *Autogeno*, che vuol dire spostamento che si genera da sé.

Negli anni, sono state proposte varie definizioni del T.A. e molto spesso si è tentato di semplificarlo definendolo come una tecnica di rilassamento, ma non è proprio così. Il rilassamento è da considerarsi come il primo di una serie di gradini. In realtà, il T.A. è **una tecnica di cambiamento globale**, che produce, in chi lo pratica, reali modificazioni fisiologiche e psichiche.

Secondo Schultz, con il T. A. si possono raggiungere:

1. riposo;
2. autodistensione;
3. autoregolazione delle funzioni corporee normalmente “involontarie”;
4. eliminazione del dolore;
5. autodeterminazione (tramite formulazione di proponimenti);
6. autocritica e autocontrollo (tramite l'introspezione).

*Come agisce il T.A. sul S.N.C.?*

Il T.A. agisce sulla regolazione delle funzioni controllate dal Sistema Nervoso Autonomo e, di conseguenza, considerate involontarie.

Schwartz (1970) ha sottolineato che, nonostante il S.N.A. non richieda una regolazione conscia, la sua funzione è comunque influenzata dagli *input* provenienti dal Sistema Nervoso Centrale, responsabile dei continui aggiustamenti somatici e viscerali, indispensabili per via dei continui cambiamenti ambientali. Si ritiene, tuttavia, che in presenza di un eccesso di *input* provenienti dal S.N.C. (per esempio, in uno stato di stress), si sviluppi una frattura nelle funzioni di autoregolazione del S.N.A., creando un sentiero per lo stress, il quale può provocare disfunzioni psicofisiologiche (ad esempio, mal di testa o ipertensione). Quando le richieste sono eccessive, il corpo in un primo momento si attiva per fronteggiarle, resiste per un certo periodo di tempo, dopo di che diventa esausto. Tutto ciò implica una varietà di conseguenze negative per la nostra salute come, ad esempio, l'eccessiva attivazione cardiovascolare, elettrocorticale ed ormonale.

**Il T.A. ha l'obiettivo di ridurre gli *input* del S.N.C., come quelli che abbiamo visto esserci durante un periodo di stress, e di facilitare il ritorno all'autoregolazione dell'attività viscerale, che si ritiene sia regolata dal S.N.A.**

**Il T.A. ha quindi lo scopo di inglobare tutto il sistema omeostatico del nostro organismo, facendo pertanto raggiungere alle persone una situazione di benessere fisico e psichico.**

L'uomo, difatti, è un'unità psicofisica ed è per tale motivo che quando interveniamo su una sua parte (soma o psiche), modifichiamo necessariamente tutto il resto. Come dice Hoffmann: *“Esistono moltissimi metodi per realizzarsi completamente; uno dei più semplici è proprio il T.A. che ha come punto di partenza la distensione della muscolatura scheletrica, la più semplice per l'uomo. Come la distensione psichica produce rilassamento muscolare, così anche il rilassamento muscolare, come nel caso del T.A., comporta una distensione psichica”* (Hoffmann, 1980, pag.201).

## **GLI ESERCIZI**

**Gli esercizi del T. A. sono 6: 2 fondamentali e 4 complementari:**

1. *Esercizio della pesantezza*, che produce uno stato di ipotonia muscolare, cioè di rilassamento muscolare, con interessamento dei muscoli striati e lisci.
2. *Esercizio del calore*, che produce una vasodilatazione periferica con conseguente aumento del flusso sanguigno.
3. *Esercizio del cuore*, che produce un miglioramento della funzione cardiovascolare.
4. *Esercizio del respiro*, che produce un miglioramento della funzione respiratoria.

5. *Esercizio del plesso solare*, che produce un aumento del flusso sanguigno in tutti gli organi interni.
6. *Esercizio della fronte fresca*, che produce una leggera vasocostrizione nella regione encefalica e può favorire l'eliminazione di eventuali mal di testa.

### **A CHI È RIVOLTO**

Goldwurm asserisce che "*l'indicazione più appropriata per un corso di T. A. è l'uomo adulto, sano, discretamente motivato*" (Goldwurm et al., 1993, pag. 111).

Questa tecnica è rivolta, quindi, non esclusivamente a soggetti con problemi psicologici o psicopatologici ma a chiunque voglia imparare a stare meglio e desideri potenziare le proprie prestazioni, sia fisiche che mentali, nel lavoro, nello studio e nelle relazioni sociali. Può essere applicato:

**A)** A coloro che vogliono migliorare le proprie prestazioni, la propria salute e prevenire le malattie;

A tutti quei soggetti che vogliono migliorare abilità quali:

prestazioni artistiche

prestazioni sportive

prestazioni lavorative;

Agli studenti che non riescono ad affrontare gli esami;

Alle persone che non riescono a parlare in pubblico;

A coloro che hanno deciso di prendersi cura della propria salute come prevenzione delle malattie e dei disturbi psicosomatici;

Per combattere un eccessivo carico di stress;

Per superare, durante la giornata, quei momenti di particolare stanchezza;

Per migliorare l'auto-controllo;

Per ritardare l'insorgere delle rughe d'invecchiamento.

*Come agisce il T. A. per il miglioramento delle prestazioni in questi casi?*

a) Mediante la distensione (diminuzione dell'ansia);

b) Mediante gli esercizi anticipatori;

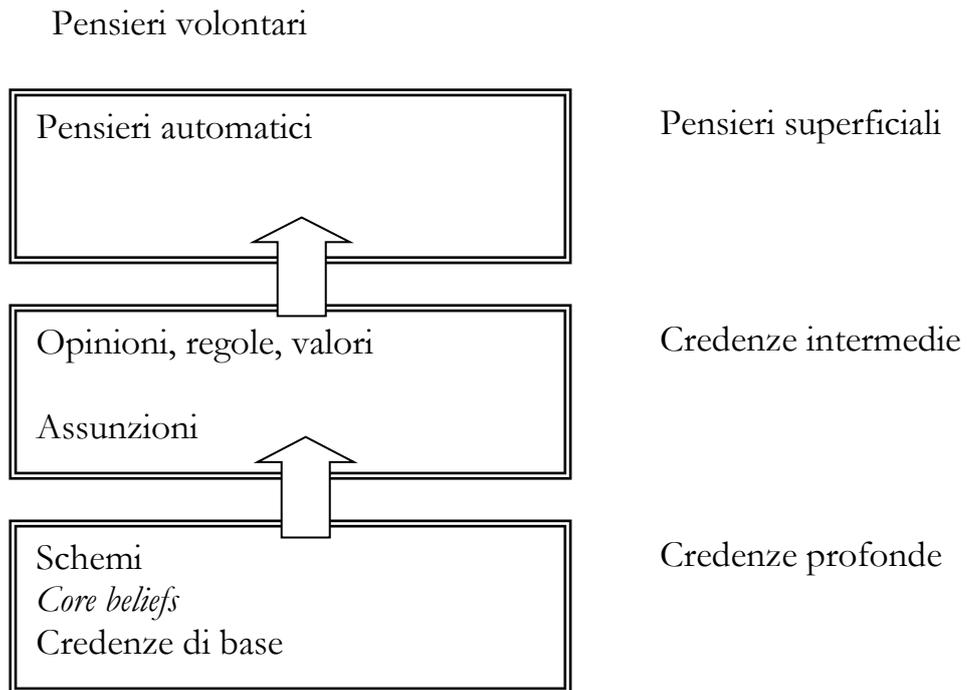
c) Mediante le formulazioni dei proponimenti;

**B)** Per curare i disturbi psichici e psicosomatici. Esso può essere anche usato come tecnica esclusiva; tuttavia, risulta più efficace se collocato nell'ambito di una psicoterapia.

Qui di seguito riportiamo alcuni fra i disturbi che possono essere curati con il T. A.:

- Disturbi del sonno;
- Stipsi;
- Tabagismo;
- Alcolismo;
- Dolore;
- Disturbi respiratori, quali l'asma;
- Disturbi cardiocircolatori: tachicardia, extrasistole, disturbi circolatori periferici;
- Disturbi gastrointestinali;
- Disturbi alimentari;
- Malattie della pelle;
- Disturbi della sfera sessuale e urogenitale;
- Disturbi degli organi di sostegno e locomozione;
- Disturbi neurologici.

## SCHEMA DELLA GERARCHIA DEL PENSIERO



## I PRINCIPALI ERRORI DI RAGIONAMENTO

Tutti noi tendiamo a fare continui errori di pensiero. Quando abbiamo un pensiero automatico, possiamo provare ad identificare mentalmente, verbalmente o per iscritto il tipo di errore che stiamo facendo. Gli errori di pensiero più comuni sono riportati di seguito.

### 1. PENSIERO "TUTTO O NULLA" (chiamato anche pensiero in bianco e nero, polarizzato o dicotomico)

Vediamo una situazione in soli due modi contrapposti, in due categorie, invece che in un *continuum*. Gli eventi vengono visti come tutti bianchi o tutti neri, buoni o cattivi.

Si ha un'insistenza su scelte e valutazioni estreme. Ci possiamo sentire perfetti o completamente imperfetti. Non esiste una via di mezzo. Quando usiamo il pensiero "tutto o nulla" seguiamo binari prestabiliti e rigidi. Siamo nella logica del "o...o".

#### Esempi:

- a. "O farò tutto in maniera precisa o meticolosa o sarà tempo sprecato"
- b. "Se non mi realizzo nel lavoro, la mia vita sarà un completo fallimento"

### 2. PENSIERO CATASTROFICO (chiamato anche predizione del futuro)

Prediciamo il futuro in maniera negativa senza considerare altri possibili esiti o sviluppi. Ci si aspetta in continuazione che avvenga un disastro. Siamo sempre all'erta perché ci aspettiamo che arrivi da un momento all'altro la temuta tragedia. "Che ne sarà di noi?". Pensando in questo modo al futuro, si creano intense reazioni di ansia.

#### Esempi:

- a. "Ho mal di testa, avrò qualcosa di grave"
- b. "Se all'ora di pranzo non è tornata a casa è perché sicuramente ha avuto un incidente"

### 3. SQUALIFICARE O SVALUTARE IL POSITIVO

Irragionevolmente ci diciamo che le nostre esperienze, azioni o qualità positive non contano, non hanno valore o, nello stesso modo rifiutiamo o svalutiamo il nostro fisico o parti di esso, non attribuendogli alcun valore.

#### Esempi:

- a. "Ho realizzato bene quel progetto, ma questo non vuol dire che sono competente; ho semplicemente avuto fortuna"
- b. "Mi sono classificata al primo posto ma eravamo in pochi"

#### **4. RAGIONAMENTO EMOTIVO**

Pensiamo che qualcosa sia vera solo per il fatto che "sentiamo" (in realtà crediamo) fortemente che sia così, ignorando, svalutando o minimizzando tutto ciò che prova il contrario.

**Esempi:**

- a. “Sento che le cose non cambieranno”. Il fatto di sentire "qualcosa" non significa affatto che sia vero.
- b. “Sento che non ce la farò a fare tutto”

#### **5. ETICHETTAMENTO**

Tendiamo ad attribuire a noi stessi e agli altri etichette globali, rigide senza considerare che l'evidenza potrebbe condurre più ragionevolmente a conclusioni meno drastiche o disastrose.

Diamo, infatti, giudizi definitivi ad un evento o a una persona basandoci su una o poche caratteristiche che li riguardano.

**Esempi:**

- a. “Paola è un'incapace”
- b. “Sono un disastro!”

#### **6. ESAGERAZIONE / MINIMIZZAZIONE**

Quando valutiamo noi stessi, un'altra persona o una situazione, esageriamo irragionevolmente il negativo e/o minimizziamo il positivo.

**Esempi:**

- a. “Se ottengo una valutazione mediocre, questo prova quanto io sia inadeguato”
- b. “Ho ottenuto un elogio dal mio capo, ma non vuol dire che sono in gamba”

#### **7. FILTRO MENTALE** (chiamato anche astrazione selettiva)

Prestiamo un'attenzione ingiustificata ad un unico dettaglio negativo invece di considerare e valutare appropriatamente tutto l'insieme.

**Esempi:**

- a. Divento triste perché ho un solo voto basso nella mia valutazione (in cui ci sono però numerosi voti alti), “ho fatto un pessimo lavoro”
- b. Mi hanno fatto i complimenti per il mio nuovo taglio, ma a Marco non è piaciuto. “Perché l'ho fatto? ”

## 8. LETTURA DEL PENSIERO

Crediamo di sapere quello che gli altri pensano e provano, o il motivo per cui agiscono in un certo modo, evitando di considerare più probabili possibilità. In particolare diventiamo abili a prevedere quello che una persona pensa di noi (palla di vetro).

### Esempi:

- a. “Anche se mi sorride, so che non le piaccio”
- b. “So che non mi considera capace, anche se non me lo dice ”

## 9. IPERGENERALIZZAZIONE

Tendiamo ad arrivare a conclusioni di carattere generale in maniera affrettata, allontanandoci dalla situazione concreta e attuale.

### Esempi:

- a. “Ho educato i nostri figli. Tu non mi hai mai aiutato”
- b. “Mi tratta sempre male”

## 10. PERSONALIZZAZIONE

Crediamo che gli altri si comportino negativamente a causa nostra, senza prendere in considerazione spiegazioni più plausibili per il loro comportamento.

### Esempi:

- a. “Mi sono posta male con lei, per questo motivo si è risentita”
- b. “Mi tratta male perché me lo merito”

## 11. AFFERMAZIONI "DOVREI" E "DEVO" (chiamati anche imperativi)

Abbiamo un'idea fissa, precisa, rigida di come noi o gli altri dovremmo comportarci e diamo una valutazione eccessivamente negativa alle possibilità che queste aspettative non siano soddisfatte. L'errore sta nel considerare un'esigenza assoluta ciò che nella maggior parte dei casi sarebbe obiettivamente solo preferibile. Chi infrange tali regole provoca in noi una collera intollerabile; se siamo noi stessi a farlo, ci colpevolizziamo.

### Esempi:

- a. “E' terribile che io abbia fatto un errore. “Devo essere il migliore”
- b. “Devo riuscire a diventare qualcuno per essere preso in considerazione”

## **12. VISIONE TUNNEL**

Vediamo solo gli aspetti negativi di una situazione. Ad esempio, le persone con visione tunnel vedono soltanto ciò che collima con il loro atteggiamento o stato mentale. Altri aspetti importanti sono cancellati, censurati o minimizzati.

### **Esempi:**

- a. "Non abbiamo fatto altro che litigare per tutto il viaggio" (in realtà quando valutiamo obiettivamente il tempo del litigio ci rendiamo conto che era durato non più di 5 minuti)
- b. "Con lui ci sono state solo lacrime"

## **13. SCHERZO DEL CANNOCCHIALE**

Esageriamo i nostri difetti o problemi e minimizziamo l'importanza delle nostre qualità.

### **Esempi:**

- a. "Ho le caviglie un po' grosse... ma dei bei capelli, degli occhi belli, un bel portamento. L'unica cosa su cui focalizzo, in modo ossessivo, l'attenzione sono le caviglie"
- b. "Questo naso mi rovina il viso"

## **14. PERSONALIZZAZIONE**

Ci sentiamo personalmente responsabili di eventi che non dipendono interamente da noi e questo porta a provare sensi di colpa, vergogna e inadeguatezza.

### **Esempi:**

- a. "Mio marito mi ha lasciato perché non valgo nulla"
- b. "Non mi ha pagato lo stipendio perché non ho fatto un buon lavoro"

## **15. FALLACIA DEL CAMBIAMENTO**

Pensiamo che gli altri possano cambiare per conformarsi al nostro modo di essere e di pensare. Ci aspettiamo, quindi, che siano gli altri a cambiare rispondendo ai nostri bisogni e desideri.

### **Esempi:**

- a. "Capirà che sta sbagliando e cambierà per me, perché sono suo figlio"
- b. "Se ci tiene davvero a me cambierà il suo modo di comportarsi"

## **16. AVERE SEMPRE RAGIONE**

Pretendiamo di avere sempre ragione e non accettiamo di poter essere messi in discussione. Questo comportamento, se spinto al massimo, può causare gravi problemi e danni.

### **Esempi:**

- a. " E' inutile discuterne. Ho ragione, punto e basta "
- b. "Devi ascoltare soltanto me, gli altri non capiscono niente"

### **17. FALLACIA DELLA RICOMPENSA E DELLA GRATITUDINE**

Agiamo spesso pensando unicamente al risultato delle nostre azioni, aspettandoci ricompense e gratitudine senza focalizzarci sul piacere che possiamo trarre dalle cose che facciamo.

#### **Esempi:**

- a. "Dopo tutto quello che ho fatto per lui, non ho ottenuto nulla "
- b. "Ho rinunciato a me stessa per te e questo è il ringraziamento"

### **18. PREGIUDIZIO SUL CONTROLLO**

Crediamo di essere controllati dagli altri o sentiamo di essere completamente in balia del destino (controllo esterno), oppure ci percepiamo come onnipotenti (controllo interno).

#### **Esempi:**

- a. "Doveva andare così: era destino"
- b. "Anche se corro con la macchina so come controllarla"

### **19. COLPEVOLIZZAZIONE**

Tendiamo ad attribuire agli altri la responsabilità totale dei nostri problemi e dei nostri insuccessi.

#### **Esempi:**

- a. "Se l'esame è andato male, è colpa del prof. che non mi ha messo a mio agio"
- b. "Se la mia vita va a rotoli è colpa tua"

### **20. PREGIUDIZIO SULL'ACCORDO**

Possiamo provare risentimento o rancore verso gli altri perché non dimostrano un atteggiamento collaborativo o non manifestano il loro pieno accordo ai nostri criteri di giudizio che ci sembrano i soli validi per ogni situazione.

#### **Esempi:**

- a. "Non voglio che spendi in vestiti i soldi che guadagno da solo"
- b. "Non capisco perché perdi tutto questo tempo in cose futili piuttosto che dedicarti allo studio"

## I COUNTER

Se ti abitui a mettere in discussione i tuoi pensieri irrazionali e lo fai ripetutamente, ti accorgerai che diverranno gradualmente più deboli.

### COME?

**Utilizzando i COUNTER (i pensieri contro).**

Un *counter* può essere:

- Una parola: “Falso”;
- Una frase: “Non ha senso”;
- Un’espressione: “Anche se non sono bravo a ballare mi divertirò lo stesso a questa festa”;
- Un’elegante filosofia: “Il mio obiettivo nella vita non è quello di essere popolare ma di sviluppare le mie potenzialità anche se gli altri non sono d’accordo”.

Il *counter* ideale è quello rappresentato da una filosofia che avrà la capacità di spingerti verso una nuova corrente di pensieri, valori, percezioni, esperienze, negazioni che andranno a contrastare quelle oggi esistenti.

Per ricordare questa filosofia si possono usare anche piccole frasi o slogan.

### TECNICA

1. Identifica i tuoi *counter* per ogni pensiero irrazionale.

Esempio:

- Pensiero irrazionale: “E’ impossibile avere successo in tutto ciò che fai”.
- *Counter*: “E’ spesso *abbastanza difficile* avere successo in tutto ciò che fai”.

2. Sii sicuro che i tuoi *counter* siano realistici e logici. La terapia cognitivo-comportamentale non è d’accordo con la teoria del pensiero positivo, secondo la quale le persone spesso sostituiscono il pensiero negativo con una “positiva” bugia.

3. Costruisci i tuoi **counter** con la stessa modalità e logica dei tuoi pensieri irrazionali, sostituisci ad esempio:

Un pensiero passivo	—————→	Con un pensiero assertivo
La rabbia	—————→	Con la compassione
Una visione non realistica	—————→	Con una visione realistica

4. Prendi l'abitudine di discutere e sostituire i tuoi pensieri irrazionali in questo modo, per più tempo possibile. **Ricordati che ci sono voluti anni ad apprendere ad essere come sei, ci vorrà molta forza ed energia per poter cambiare il tuo modo di pensare.**

## INTERPRETAZIONE ALTERNATIVA

Ricordati che la tua prima interpretazione di un evento potrebbe non essere la migliore. Impulsivamente intuisce il significato di una data situazione e aderisci a questa iniziale interpretazione, pensando che debba essere corretta.

I giudizi successivi, spesso più razionali, solo raramente sembrano confermarsi così solidi come quelli iniziali. Di conseguenza, alcune persone continuano a pensare che, ad esempio, una tensione ai muscoli pettorali possa indicare un attacco cardiaco semplicemente perché questo è stato il pensiero iniziale, oppure si convincono di essere antipatici a qualcuno solo perché quella persona non li ha salutati in un'occasione. Un altro esempio potrebbe essere quello di una donna che pensa di non dovere seccare il marito con i suoi problemi casalinghi ritenendoli meno importanti dei problemi di lavoro di quest'ultimo e quindi non gliene parla per niente.

Una volta impiantate, queste idee sono difficili da cambiare.

Purtroppo, la prima interpretazione di un evento è spesso la peggiore.

**Devi imparare a sospendere il giudizio iniziale finché non potrai ottenere più informazioni e percepire le situazioni in maniera più obiettiva.**

## **METODO**

1. Pensa alle emozioni spiacevoli che hai sperimentato durante la settimana (come rabbia, tristezza, paura, etc.) e annotale;
2. Scrivi l'evento (situazione) legato all'emozione che hai provato e la tua prima interpretazione di questo evento/pensiero;
3. Rileggi la tua prima interpretazione e valuta, in base a ciò che hai appreso, se è corretta. Se ti accorgi che non lo è, trova almeno altre quattro interpretazioni alternative.

## PENSIERI UOMINI

- Sarebbe meglio morire che essere così
- Stavolta non posso deludere la mia *partner*
- Mi sostituirà con un altro ragazzo
- Sono destinato a fallire
- Devo essere in grado di avere un rapporto
- Questa cosa non mi porterà da nessuna parte
- Non la sto soddisfacendo
- Devo raggiungere un'erezione
- Non sto penetrando la mia *partner*
- Il mio pene non sta reagendo
- Perché non sta funzionando?
- Vorrei che questo potesse durare di più
- Cosa starà pensando di me?
- Questi movimenti e posizioni sono meravigliosi
- Cosa accadrebbe se gli altri sapessero che non sono in grado di ...
- Se fallisco di nuovo sono una causa persa
- Sono l'uomo più felice al mondo
- Questo mi sta eccitando
- Se non raggiungo l'orgasmo ora, non ci riuscirò dopo
- Lei non è affettuosa come un tempo
- Lei non trova più attraente il mio corpo
- Sto diventando vecchio
- Questa cosa è disgustosa
- Questo modo di fare sesso è immorale
- Dirle cosa voglio sessualmente sarebbe innaturale
- E' davvero eccitata
- Devo mostrare la mia virilità
- Non sarà mai più come un tempo
- Se non riesco a raggiungere l'erezione sarò in imbarazzo
- Ho altre cose più importanti di cui occuparmi

## CREDENZE UOMINI

- Un vero uomo ha rapporti sessuali molto spesso
- E' possibile raggiungere l'orgasmo solo con un rapporto vaginale
- L'erezione del pene è essenziale per la soddisfazione sessuale di una donna
- L'omosessualità è una malattia
- Una donna non ha altra scelta che essere sessualmente sottomessa dal potere di un uomo
- Un vero uomo deve durare molto tempo per soddisfare sessualmente una donna durante il rapporto
- Una donna deve avere dubbi sulla virilità di un uomo quando lui non riesce ad avere un'erezione durante il rapporto sessuale
- Fare spesso sesso orale e/o anale può causare seri problemi di salute
- Un rapporto di breve durata può essere indicativo del potere dell' uomo
- Il sesso è un abuso del potere maschile
- Le conseguenze di un fallimento sessuale sono catastrofiche
- Le donne prestano attenzione solo a uomini più giovani e attraenti
- E' sbagliato avere fantasie sessuali durante il rapporto sessuale
- Ci sono certe regole universali su ciò che è normale durante l'attività sessuale
- A letto è la donna che comanda
- Gli uomini che non riescono a penetrare le donne non possono soddisfarle sessualmente
- Nel sesso raggiungere l'orgasmo è la cosa più importante
- Nel sesso è tutto sbagliato tranne il rapporto vaginale
- Il corpo di una donna è la sua migliore arma
- Una donna può smettere di amare un uomo se lui non è capace di soddisfarla sessualmente
- Il rapporto vaginale è il solo tipo di sesso legittimo
- La qualità dell'erezione è quello che più soddisfa le donne
- Per avere una brillante carriera bisogna saper controllare gli impulsi sessuali
- I preliminari sono una perdita di tempo
- L'unico scopo del sesso è la procreazione
- Nel sesso più veloci/rapidi si è, meglio è
- Le persone che non controllano le proprie esigenze sessuali sono più facilmente dominate da altri

- Un vero uomo è sempre disposto a fare sesso e deve essere capace di soddisfare qualsiasi donna
- Se un uomo si lascia andare sessualmente si sottomette alla donna
- Il sesso anale è un'attività perversa
- Un uomo deve essere capace di mantenere un'erezione fino alla fine di ogni rapporto sessuale
- C'è un solo modo ammissibile di fare sesso (la posizione del missionario)
- I rapporti sessuali prima del matrimonio sono un peccato
- Il sesso è una violazione del corpo di una donna
- Un uomo che non soddisfa sessualmente una donna è un fallimento
- Ogni volta che si crea la situazione, un vero uomo deve essere capace di penetrare
- Può esserci buon sesso anche senza l'orgasmo
- Un vero uomo non ha bisogno di molta stimolazione per raggiungere l'orgasmo
- Una donna al massimo delle sue potenzialità sessuali può ottenere tutto ciò che vuole da un uomo
- Maggiore è l'intimità sessuale, maggiore è la possibilità di soffrire

## SCHEMI UOMINI

- Sono senza speranza
- Sono impotente
- Sono fuori di me
- Sono debole
- Sono vulnerabile
- Sono bisognoso d'aiuto
- Sono senza via di uscita
- Sono inadeguato
- Sono inefficiente
- Sono incompetente
- Sono un fallimento
- Sono non rispettato
- Sono sbagliato, inferiore agli altri
- Non sono bravo abbastanza (per raggiungere successo)
- Non sono amabile
- Non sono piacevole
- Non sono desiderabile
- Non sono attraente
- Non sono voluto
- Sono trascurato (dagli altri)
- Sono cattivo
- Sono indegno
- Sono diverso
- Sono sbagliato (non amato)
- Non posso essere amato
- Sono destinato a essere rifiutato
- Sono condannato a essere abbandonato
- Sono condannato a restare solo

## METAFORA DEL LATTE VERSATO

Anni quaranta, seconda guerra mondiale. Inghilterra.

Un bracciante andò a lavorare da un fattore che aveva bisogno di aiuto per la gestione delle vacche. Il bracciante imparò a radunare le bestie nella stalla, a nutrirle, a pulirle, a mungerle, a portare i secchi pieni di latte al frigorifero e quindi alle zangole. Un giorno al bracciante cadde del latte dalla zangola e cercò di lavarlo via con la canna dell'acqua. Il fattore entrò e trovò l'inesperto bracciante che fissava disperato l'enorme pozza bianca che aveva creato e disse *“Ah capisco il problema: una volta che l'acqua si mescola al latte sembra una cosa sola. Se ne hai versato una pinta sembrerà un gallone. Il trucco sta nell'occuparsi del latte versato, lasciarlo defluire e poi spazzare dentro al tombino quello che rimane. Quando non ce n'è quasi più puoi sciacquare il pavimento con la canna.”*.

Il latte che il bracciante aveva versato inizialmente si era ormai mescolato con l'acqua con cui aveva cercato di spazzarlo via e sembrava una cosa sola.

La stessa cosa accade con i nostri umori. Più ci sforziamo di mandarli via più peggiorano, ma noi non ci rendiamo conto di ciò che ci sta accadendo: ci sembrano una cosa sola e ciò intensifica ulteriormente i nostri disperati tentativi di aggiustare le cose.

L'ironia è che mentre accade tutto ciò forse l'umore che ha scatenato l'intero processo se ne è già andato ma noi non ci accorgiamo che è svanito spontaneamente: siamo troppo impegnati a sbarazzarcene e a creare altra sofferenza con i nostri tentativi.

La ruminazione si ritorce invariabilmente contro di noi. Non fa altro che aggravare la nostra sofferenza. È un tentativo eroico di affrontare un problema che non è in grado di risolvere. Per gestire l'infelicità è necessaria una modalità mentale completamente diversa.

## **WORRY MANAGEMENT**

### **CONTROLLA LA TUA PREOCCUPAZIONE!**

**Se sei turbato da preoccupazioni inutili, prova a:**

#### **Stabilire un periodo di preoccupazione**

Metti da parte 30 minuti ogni giorno per preoccuparti. Prova a fare tutte le tue ruminazioni durante tale periodo. Ad esempio, potresti decidere che il periodo di *worry* sarà dalle 6:00 alle 6:30 ogni notte. Non pianificare il periodo di preoccupazione troppo tardi la sera, altrimenti potresti ritardare a prendere sonno.

#### **Usa un *worry diary***

Scrivi tutte le tue ruminazioni durante il periodo di preoccupazione. Scrivere le tue preoccupazioni può aiutarti a giudicarle con maggiore obiettività. Utilizza lo stampato "errori di pensiero" per vedere se le tue preoccupazioni contengano errori di pensiero. Potresti anche decidere di risolvere alcune delle tue preoccupazioni, o potresti scoprire che qualche preoccupazione può essere semplicemente respinta perché irrealistica.

#### **Posponi**

Quando ti accorgi di preoccuparti in altri momenti, rinvia la preoccupazione al *worry period* quotidiano. Potresti prendere una breve annotazione della preoccupazione in un *notebook*, e dire a te stesso "Mi preoccuperò di questo più tardi."

#### **Pratica, pratica, pratica!**

Più ti impegnerai nella pratica di questi esercizi, meglio riuscirai a controllare la tua preoccupazione.

## FOCALIZZAZIONE SENSORIALE

La Focalizzazione Sensoriale ha lo scopo di permettere alle coppie di scoprire e darsi vicendevolmente piacere attraverso il solo toccarsi o accarezzarsi con il reciproco accordo che il rapporto sessuale verrà posticipato per un certo periodo di tempo.

Durante questi esercizi è importante focalizzarsi solo sulle sensazioni piacevoli che si sperimentano al momento presente, acquisendone consapevolezza, cercando di concentrarsi solo su di esse e di non anticipare o preoccuparsi del rapporto sessuale o del raggiungimento dell'orgasmo che avverrà in un secondo momento. Se la mente divaga, l'esercizio prevede anche di riportarla con gentilezza ma fermezza a quanto si prova in quel momento. Il rapporto sessuale, insieme all'orgasmo, non sono gli obiettivi della prima fase di questi esercizi;

Lo scopo della prima fase è imparare che cos'è il piacere e come procurarselo, facendo scendere l'ansia dovuta a pensieri automatici e credenze disfunzionali con la tecnica dell'esposizione graduale agli stimoli ansiogeni. Man mano che si procederà, l'ansia diminuirà.

Tuttavia, se questi "esercizi" vengono svolti con successo, stimoleranno sicuramente il desiderio per il rapporto sessuale. Non cadiamo, però, nella trappola per cui tutte le attività sessuali devono inesorabilmente condurre al rapporto sessuale.

### STADIO 1

Concorda con la tua *partner* un momento in cui non sarete disturbati, e fai i preparativi adeguati, quali fare inizialmente il bagno insieme, assicurarsi che la camera sia tiepida, bere un drink rilassante, mettere un po' di musica di sottofondo e le luci soffuse – sufficienti per potervi vedere l'uno con l'altro – e poi scegliete chi dei due comincia per primo.

Usando una crema o un olio, massaggiatevi e accarezzatevi reciprocamente dappertutto, dalla testa ai piedi, davanti e dietro. Non temete di mostrare il vostro piacere quando lo avvertite e siate molto espressivi e chiari circa le vostre preferenze. Provate a mantenere i vostri pensieri su come il vostro corpo si sente e verbalizzatevi.

Dovreste mettervi d'accordo di non toccare le rispettive aree genitali quando intraprendete il reciproco massaggio; fate le cose molto lentamente e assicuratevi di essere entrambi a proprio agio e rilassati. Non affrettate la progressione tra i vari stadi e non interrompeteli. Potreste non vedere immediatamente alcun beneficio alla vostra vita sessuale, ma il massaggio sicuramente lo avvertirete come profondamente piacevole, soprattutto se vi concentrerete su quello che sta succedendo al vostro corpo, e su quello che state provando in quel momento, in quel preciso istante.

## Fatelo a turno

All'inizio, tu massaggi la tua *partner*, accarezzandola dalla testa ai piedi, dappertutto. Parti dal lato posteriore e muovi le mani molto lentamente. Inizia partendo dalla base del collo, poi le accarezzi le orecchie, e prosegui fino alle natiche, alle gambe e ai piedi. Usa le mani e/o le labbra. Concentrati soltanto sulla sensazione che avverti nel toccare il suo corpo e la sua pelle.

Quando la tua *partner* sentirà di essere stata toccata ovunque, si girerà sulla schiena, così che tu possa carezzarle la



parte anteriore del corpo: inizia con il volto ed il collo e scendi fino alle dita dei piedi. Ma per questa prima volta non le toccarle gli organi sessuali, salta i seni, i capezzoli, la vagina ed il clitoride. Di nuovo, dovete entrambi concentrarvi soltanto sulla sensazione che dà carezzare ed essere accarezzati. Smettete se diventa noioso per entrambi.

Permettile di godere di ogni sensazione piacevole e di condividerle con te. Prendi le cose lentamente! Poi permetti alla tua *partner* di massaggiare te. Sii molto chiaro su quello che è piacevole e ti dà più gratificazione. Non preoccuparti per niente dei possibili esiti; tutto sta nel focalizzare la tua attenzione su quello che il tuo corpo sta sentendo. Concentrati sul piacere che la *partner* ti sta dando.

## Istruzioni per la *partner*

Vorrei che si sdraiasse sulla pancia. Poi il suo *partner* la accarezzerà sulla schiena nella maniera più delicata e sensibile possibile. Vorrei che focalizzasse la sua attenzione sulle sensazioni che prova mentre viene accarezzata. Cerchi di non lasciare vagare la mente. Non pensi a nient'altro: non si preoccupi del fatto se lui si stia stancando o se la cosa gli piaccia o meno, o di qualsiasi altra cosa. Sia "egoista", e si concentri soltanto sulle sue sensazioni; si lasci andare a percepire ogni cosa. Comunichi con lui. Può darsi che lui non sappia cosa lei sta provando in quel momento, a meno che non sia lei a dirglielo. Gli faccia sapere dove vuole essere toccata, come e dove le sue carezze le procurino sensazioni particolarmente piacevoli; gli faccia sapere se il suo tocco è troppo leggero o troppo pesante, oppure se sta andando troppo veloce. Se l'esperienza è spiacevole glielo dica. Non

parli troppo, o interferirà con le sensazioni di entrambi. Provi a individuare per sé stessa quelle zone del suo corpo che sono particolarmente sensibili o reattive. Quando avverte di essere stata toccata ovunque, voglio che si giri sulla schiena, così che lui può carezzarle la parte anteriore del corpo. Dovete entrambi concentrarvi soltanto sulla sensazione che dà carezzare ed essere accarezzati. Smettete se diventa noioso per entrambi.

## **STADIO 2**

Una volta che siete riusciti tranquillamente e regolarmente a compiere gli esercizi di sensibilizzazione focalizzata I, possiamo passare alla fase II.

Se entrambi siete d'accordo, puoi passare a toccare le parti più sessualmente sensibili del corpo del *partner*. Cominciate a turno da ciascuna parte. Dovreste iniziare mostrando come l'uomo può dare il massimo piacere toccando il seno, il clitoride, la vagina, e l'area vicino l'ano, mentre la donna massaggia il pene, accarezza lo scroto e l'area anale. Se vi piace, potete passare dal toccare al baciare e leccare, a patto che entrambi lo troviate gradevole. Un'altra regola è parlare, e parlare fino a quando potete; provate a fare un commento continuo su come vi state sentendo e descrivete quanto vi stiano piacendo le aree più gratificanti.

Durante questi massaggi sessuali, uno di voi potrebbe diventare più pronto all'orgasmo dell'altro, ma non dovete avere un rapporto sessuale: è dovere e responsabilità del *partner* più veloce aspettare che il più lento raggiunga lo stesso livello.

### **Procedi al tuo ritmo**

Quando il massaggio arriva a toccare il seno della donna, il clitoride e l'area vaginale e le parti più sessualmente sensibili dell'uomo, ti sentirai probabilmente fortemente stimolato al punto da voler procedere al rapporto completo, ma non dovete farlo.



### **STADIO 3**

Dopo aver completato con successo la fase II della sensibilizzazione focalizzata, possiamo procedere alla fase III.

Nel corso di questa III fase dovete continuare con i massaggi sessuali e, solo quando vi sentirete entrambi pronti, procedere a tentare l'introduzione del pene nella vagina, ma senza compiere movimenti attivi. Durante questo esercizio, uno di voi potrebbe diventare più pronto all'orgasmo dell'altro, ma non dovrete avere un rapporto sessuale, fino a quando entrambi non vi sentirete pronti a farlo.

Ricordate, potete procedere al rapporto completo solo quando entrambi vi sentirete pronti a farlo senza alcuna proibizione di sorta: è dovere e responsabilità del *partner* più veloce aspettare che il più lento raggiunga lo stesso livello.

## L'ASSERTIVITÀ (*File 1°*)

Questo fascicolo è dedicato alle donne e agli uomini, per ripensare a sé stessi, per comprendere il perché della loro mancanza di assertività e per iniziare ad imparare ad esprimere le proprie emozioni, esigenze e desideri...

In che modo?

In modo adeguato e costruttivo, al fine di:

- realizzare i propri sogni e obiettivi
- esprimere le proprie preferenze o le proprie critiche

Senza che questo atteggiamento venga confuso con una espressione di egoismo o di aggressività.

## **Ma che cos'è l'assertività?**

L'assertività è:

- Riconoscere ed esprimere le proprie **emozioni**
- Difendere i propri **diritti**
- Manifestare i propri **bisogni, preferenze, desideri, critiche**

### **In che modo:**

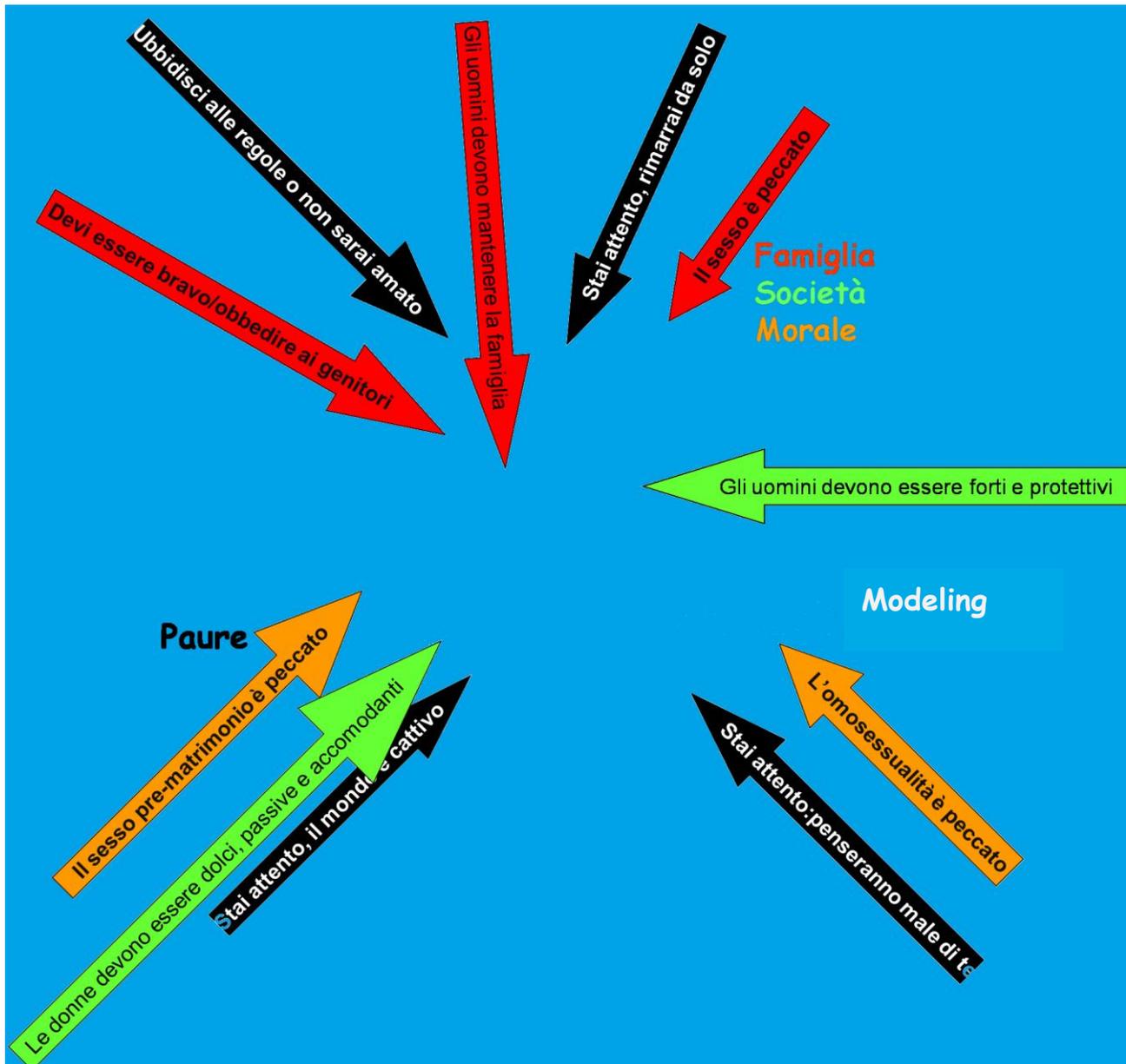
- Onestamente
- Direttamente
- Adeguatamente

Nel rispetto dei diritti e non dei desideri altrui.

## Per saperne di più...

Essere assertivi è una condizione dell'essere liberi, dove, *essere liberi*, non è tuttavia da intendersi come **affrancarsi dai condizionamenti**, ma ...

uno *scegliere responsabile*



Dovremo quindi imparare a *scegliere le nostre regole*, non a vivere senza regole, seguendo soltanto ciò che ci procura piacere e/o cercando di evitare ogni frustrazione o possibile fatica

## Qualità della persona assertiva

Una persona assertiva:

- ha un **atteggiamento responsabile e fiducioso in sé e negli altri**, nel rifiuto delle etichette e pregiudizi
- ha una **capacità di comunicare i propri desideri, intenzioni e giudizi in maniera chiara e diretta** evitando ogni forma di aggressività, minaccia o manipolazione

La **libertà vera** nelle nostre scelte esige:

- riconoscere i propri bisogni e desideri
- impegno
- volontà
- capacità di discernimento
- disciplina interiore
- coraggio di sopportare a volte anche la solitudine e/o il non essere accettati

RICORDA:

**Il coraggio è la principale virtù di chi vuole essere libero**

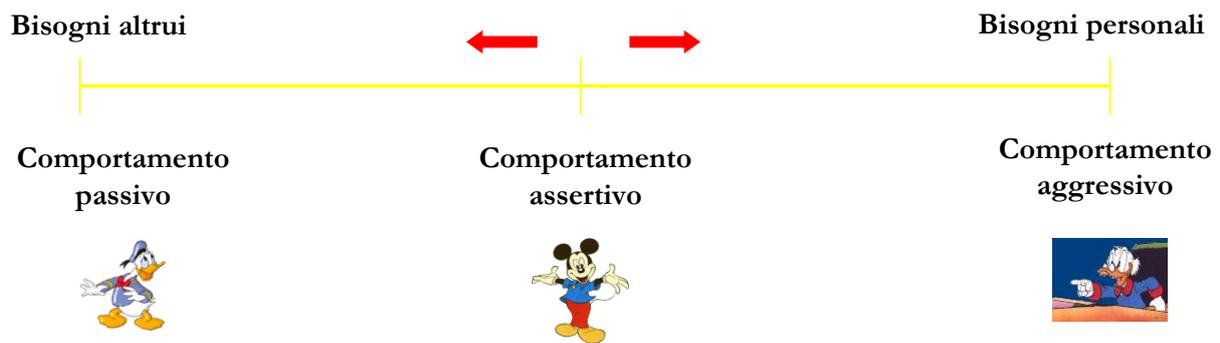
**Dovremo acquisire questo coraggio, perché ...**

*... se eviti di vivere ...*

*... chi lo farà per te?*

## Assertività = Autoaffermazione

Essere assertivi significa autoaffermarsi



Però *non* deve corrispondere all'idea di *essere vincenti*



L'assertivo:

- non è una persona di successo che vuole farsi valere in ogni situazione
- non è un arrampicatore sociale che deve realizzarsi
- è **una persona che sa mettersi in contatto con i propri bisogni e desideri**
- **sa diventare sempre più profondamente se stesso**, anche quando le cose che fa non vengono giudicate o accreditate dagli altri come espressioni di successo

## **I cinque livelli dell'assertività**

Tutti abbiamo dei diversi livelli di assertività, che cambiano secondo il nostro carattere e la nostra esperienza.

Le **aree** in cui ognuno di noi dovrebbe imparare ad essere assertivo sono:

- **lavoro / studio**
- **famiglia**
- **amici**
- **amore**
- **cose pratiche**

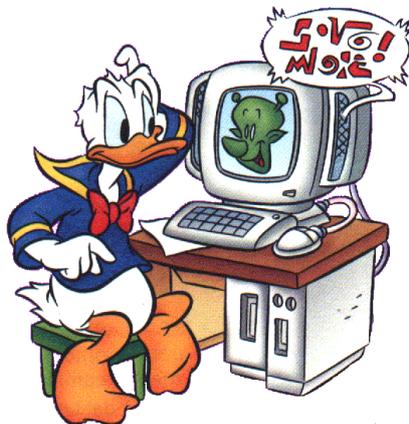
## **Come faremo a diventare più assertivi o affermativi?**

DOBBIAMO APPROFONDIRE 4 AREE PRINCIPALI:

- A. Apprendere a distinguere lo stile assertivo da quello aggressivo e da quello passivo**
- B. Apprendere i diritti assertivi e i loro limiti
- C. Arrivare a conoscere le cause e le convinzioni che sono alla base dei comportamenti non assertivi. Questi causano emozioni quali ansia, depressione, senso di colpa, rabbia, ...
- D. Apprendere ad applicare nei rapporti di tutti i giorni le abilità precedentemente acquisite

## Assertività e *Training Assertivo*

La capacità di essere assertivi, e socialmente competenti, non è qualcosa di innato e immutabile, ma si può imparare.



Purtroppo non esiste una scuola di assertività e da bambini non ci viene insegnata...

L'assertività e le abilità sociali si apprendono soltanto conoscendone gli aspetti cognitivi e attraverso la pratica. Da oggi inizieremo ad apprendere questi aspetti, tu poi potrai esercitarti lungo tutta la tua esistenza.

## I tre stili di comportamento

Il comportamento sociale può essere suddiviso in:

- Comportamento **passivo** 
- Comportamento **aggressivo** 
- Comportamento **assertivo** o **affermativo** 

## **Il comportamento passivo**



La persona passiva tende a nascondere le proprie emozioni: dalla rabbia, all'affetto, alla scontentezza, alla gioia, all'amore, ... a causa di momenti di imbarazzo, di tensione, di ansia, o di sentimenti di colpa.

Si sente spesso "oppressa" e intimorita dagli altri e si scusa eccessivamente, anche quando non è il caso.

E' inoltre spesso depressa, ha un basso concetto di sé o si vede in balia degli altri.

Il risultato è che una persona che si comporta in maniera passiva difficilmente riesce a soddisfare un suo bisogno e/o desiderio, ad instaurare rapporti con gli altri, a dire la sua opinione, ad accettare un complimento senza sminuirlo, etc.

## **Possiamo considerarci passivi se...**

1. Subiamo gli altri
2. Abbiamo difficoltà nel fare richieste
3. Abbiamo difficoltà nel rifiutare richieste, non riusciamo a dire di “no”
4. Abbiamo difficoltà nel fare o accettare complimenti
5. Abbiamo difficoltà nel comunicare agli altri ciò che pensiamo
6. Abbiamo difficoltà nel comunicare agli altri i nostri sentimenti o ciò che proviamo
7. Cerchiamo di evitare il conflitto
8. Abbiamo difficoltà nel prendere decisioni
9. Abbiamo spesso paura di sbagliare
10. Dipendiamo dal giudizio altrui
11. Abbiamo bisogno dell’approvazione altrui
12. Ci scusiamo spesso anche quando non è il caso
13. Proviamo disagio in presenza di persone che non conosciamo bene
14. Dopo aver “agredito” una persona, ci sentiamo in colpa

**Se ne hai 4-5 puoi considerarti una persona passiva**

## Il comportamento aggressivo



La persona che si comporta in maniera aggressiva riesce spesso a realizzare i suoi desideri, ma a spese degli altri, rovinando così il suo rapporto con loro.

Con più frequenza di altre persone cerca di risolvere situazioni problematiche con la violenza (verbale e fisica), mettendo così a disagio gli altri o offendendoli.

Lascia poco spazio agli altri e tende, anche inavvertitamente, ad imporsi in continuazione.

Non ammette quasi mai di avere torto.

Le sue “esplosioni” ripetute ne fanno una persona molto spesso evitata dagli altri e, dato il suo scarso successo sociale, una persona generalmente insoddisfatta di sé.

## **Possiamo considerarci aggressivi se:**

1. Vogliamo che gli altri si comportino come fa piacere a noi
2. Non modifichiamo la nostra opinione su qualcuno o qualche cosa
3. Ci capita spesso di scegliere per gli altri senza ascoltare il parere dei diretti interessati
4. Prevarichiamo, dominiamo e manipoliamo
5. Siamo ostili in modo imprevedibile
6. Non accettiamo di poter sbagliare
7. Non chiediamo “scusa” per un nostro eventuale errato comportamento
8. Non ascoltiamo gli altri mentre parlano
9. Manchiamo di obiettività nell’esprimere pareri e valutazioni
10. Non riconosciamo i meriti altrui
11. Interrompiamo frequentemente il nostro interlocutore
12. Giudichiamo gli altri e/o li criticiamo
13. Usiamo “strategie colpevolizzanti o inferiorizzanti”
14. Ci consideriamo i “migliori”
15. Abbiamo scarsa fiducia e stima dei nostri interlocutori, siano essi figli, *partner* o colleghi

**Se ne hai 5-6 puoi considerarti una persona aggressiva**

## **Il comportamento assertivo**



Per comportamento assertivo o affermativo si intende un comportamento sociale che implica un'onesta espressione dei propri sentimenti, bisogni, preferenze, opinioni, critiche, etc., in modo socialmente adeguato e senza imbarazzo o sentimenti di colpa.

La persona assertiva agisce per ottenere ciò che desidera e ritiene opportuno per sé, pur rispettando i diritti (e non necessariamente i desideri) degli altri.

Ha poca ansia o imbarazzo nei rapporti con le altre persone, e conserva una buona opinione di sé, anche quando non riesce a raggiungere il proprio obiettivo (non si denigra, non mette in discussione il proprio valore, anche se ha un episodio di “fallimento”, o non successo).

## **Possiamo considerarci assertivi se:**

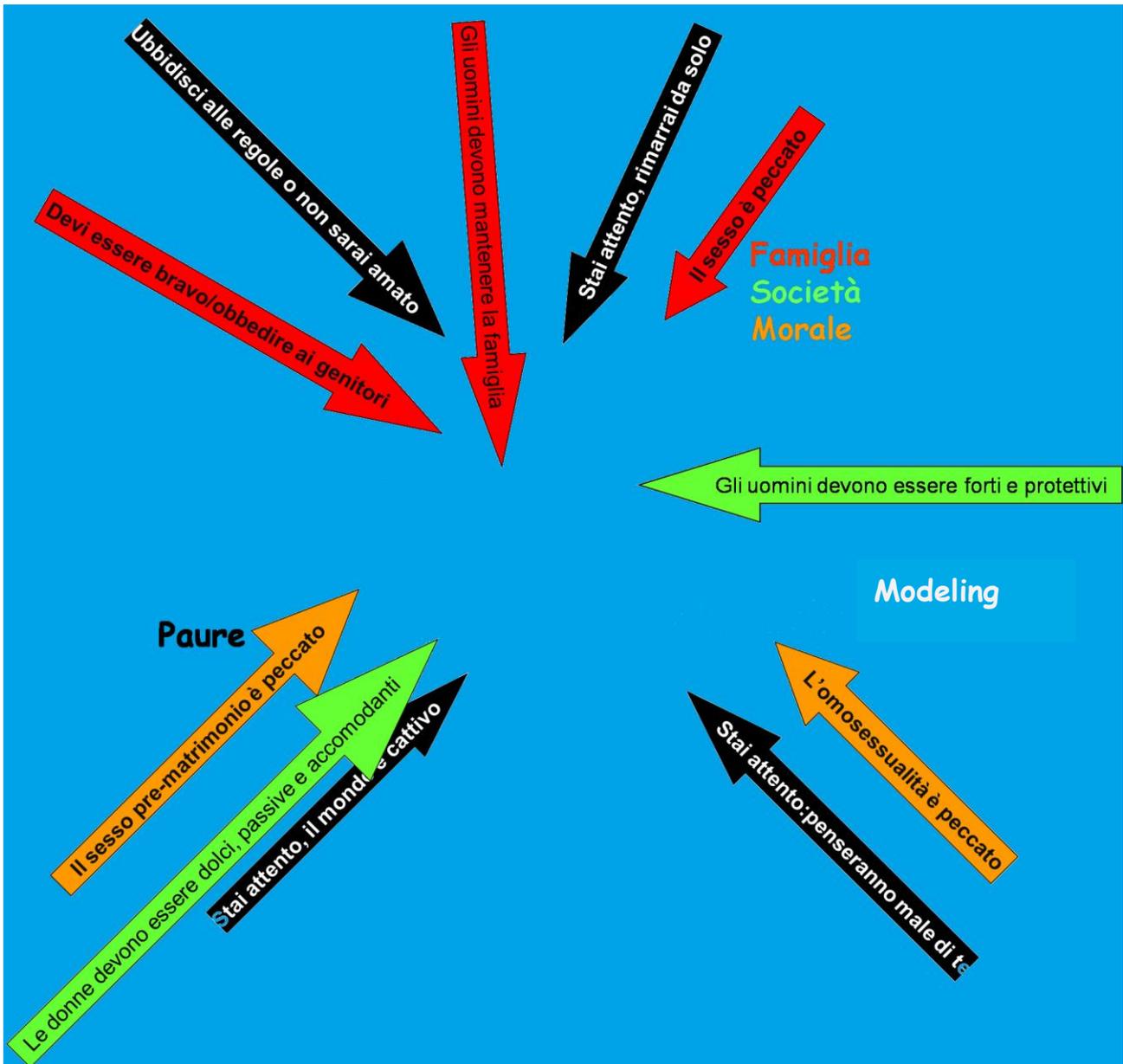
1. Sappiamo riconoscere ed esprimere le nostre emozioni
2. Siamo onesti con noi stessi e con gli altri
3. Viviamo relazioni in modo aperto e disponibile
4. Rispettiamo la nostra salute
5. Accettiamo il punto di vista altrui
6. Non giudichiamo
7. Non inferiorizziamo o colpevolizziamo gli altri
8. Ascoltiamo gli altri, ma decidiamo in modo autonomo
9. Siamo pronti a cambiare la nostra opinione (non siamo rigidi)
10. Non permettiamo agli altri di manipolarci
11. Non pretendiamo che gli altri si comportino come fa piacere a noi
12. Ricerchiamo la collaborazione di altre persone
13. Ci autovalutiamo in modo adeguato
14. Abbiamo una buona stima di noi stessi
15. Abbiamo un buon senso di autoefficacia

## Riassumendo...

<b>Come si comporta la persona...</b>		
<b>Passiva</b>	<b>Aggressiva</b>	<b>Affermativa</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• È attenta solo agli altri</li> <li>• È condizionata e influenzata dagli altri</li> <li>• Subisce</li> <li>• Non si oppone</li> <li>• Ha un'elevata ansia sociale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• È attenta solo a sé</li> <li>• Prevarica gli altri</li> <li>• Utilizza metodi coercitivi e distruttivi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• È attenta a sé e agli altri</li> <li>• Non è condizionata dagli altri</li> <li>• Utilizza metodi motivanti e gratificanti</li> </ul>
<u>Obiettivo</u> : benevolenza degli altri ed evitamento del conflitto	<u>Obiettivo</u> : potere personale e sociale	<u>Obiettivo</u> : successo personale e con gli altri

<b>Come cosa provoca il comportamento...</b>		
<b>Passivo</b>	<b>Aggressivo</b>	<b>Affermativo</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Frustrazione, ansia, senso di colpa, inibizione</li> <li>• Violazione del mondo interiore</li> <li>• Mortificazione della propria dignità</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Senso di colpa e difese personali</li> <li>• Collera, ostilità</li> <li>• Umiliazione e disprezzo per gli altri</li> <li>• Mortificazione della dignità degli altri</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Emozioni e cognizioni prive di insicurezza ed ansia</li> <li>• Attenta considerazione degli altri</li> <li>• Fiducia in sé e negli altri</li> <li>• Scelte autonome</li> <li>• Dignità propria e altrui</li> </ul>

## Perché non riusciamo ad essere assertivi?



## I condizionamenti

Quando seguiamo indicazioni, precetti, divieti che non si conciliano con la nostra coscienza o le nostre convinzioni stiamo male, anche se in questo modo magari piacciamo tanto agli altri.

E' come se agissimo al di fuori della nostra coscienza, ed è una condizione che determina l'autosvalutazione di sé.

Per raggiungere una buona dose di assertività è importante, quindi, rimetterci in contatto con i nostri sentimenti più autentici, con le nostre intenzioni e trovare in noi stessi il senso e le ragioni del nostro agire.

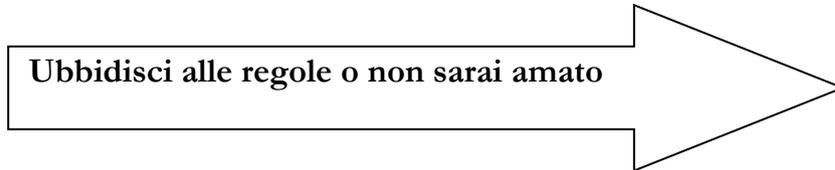
Ecco un elenco di alcune **idee molto diffuse** nella nostra società, tutte **false**:

- Gli adulti sono più importanti dei bambini
- I datori di lavoro sono più importanti dei dipendenti
- Gli uomini sono più importanti delle donne (esempio di società sessista)
- Gli eterosessuali sono più importanti degli omosessuali (esempio di società eterosessista)
- I bianchi sono più importanti delle persone di colore
- I medici sono più importanti degli operai
- Gli insegnanti sono più importanti degli studenti
- Le lauree in materie tecniche (medicina, ingegneria, economia e commercio) sono più importanti di quelle umanistiche (lettere, filosofia, lingue)
- Le questioni generali socio-lavorative sono più importanti di quelle private personali
- I vincitori sono più importanti degli sconfitti

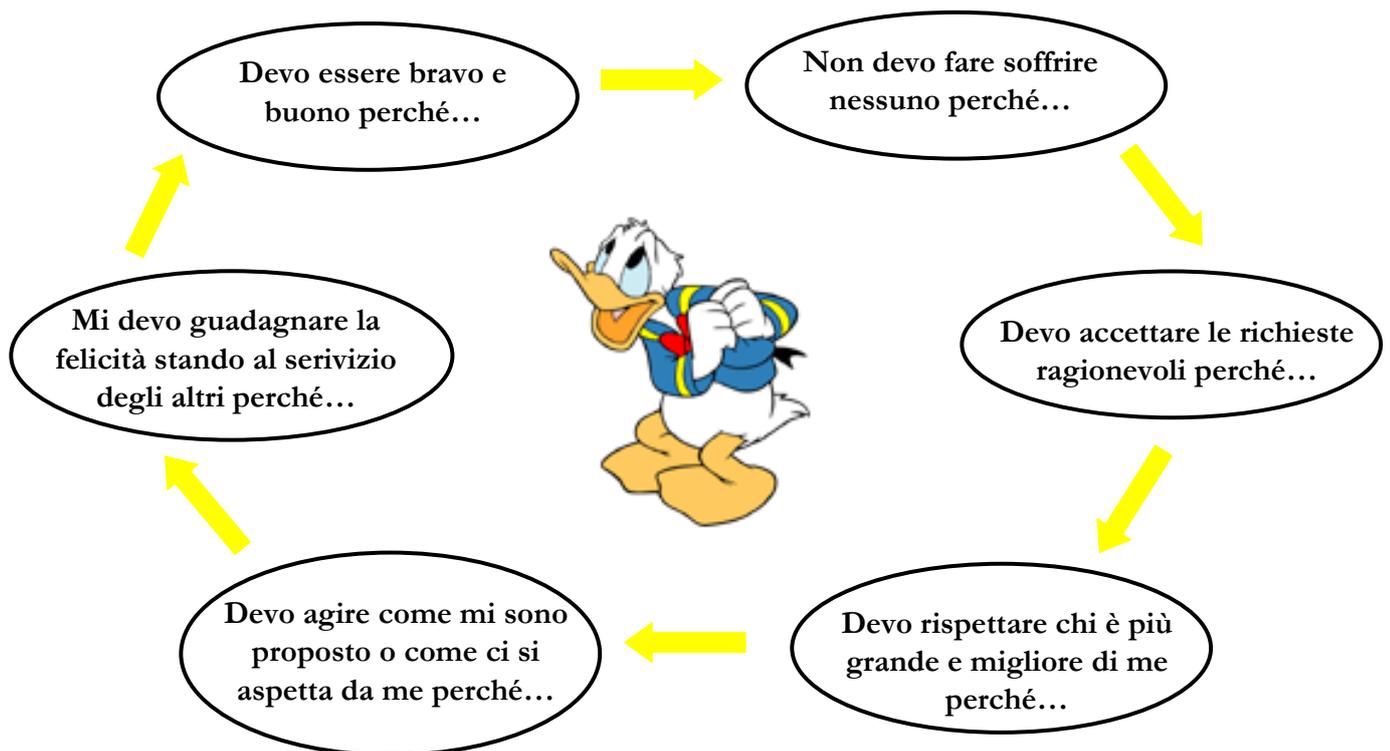
## Perché non riusciamo ad essere assertivi?

### PAURE

Sicuramente la paura maggiore è quella di non essere accettati o amati dalle persone che sono importanti per noi o non sentirsi integrati al gruppo di appartenenza



### Le persone non assertive rimangono imprigionate dai loro “doveri”



## L'ASSERTIVITÀ (*File 2°*)

Ripartiamo con un esempio...

Una donna, sentendosi molto stressata, si confida con una sua amica che le presta le chiavi della propria casa al mare invitandola ad andare lì per qualche giorno di completo relax.

Nella casa c'era una lampada simile a quella di Aladino e la proprietaria, quando qualche tempo dopo si reca nella propria casa al mare, la trova rotta senza che l'amica glielo abbia detto...

*Che reazioni, pensieri, emozioni proveresti tu al suo posto?*

Probabilmente, da una parte vorresti far capire a chi hai di fronte il disagio che una certa situazione ti ha procurato e dall'altro non vorresti sembrare scortese, maleducato o insensibile.

**Riflettiamo...**

**Assertivo** è chi riesce a superare il problema **senza entrare in conflitto** prima ancora che con l'interlocutore, **con se stesso**, per quanto concerne **cosa dire, cosa fare, cosa non dire e cosa non fare**.

L'assertività è un approccio che consente di risolvere proprio questo tipo di situazioni **riducendo il livello di ansia, frustrazione e rabbia con se stessi** che ad esse comunemente si accompagnano.

L'assertività si pone, dunque, l'obiettivo di risolvere queste situazioni **nel rispetto di se stessi, consapevoli dei propri diritti**.

Allo stesso tempo, e qui sta la difficoltà, l'assertività richiede l'attenzione della persona che ci sta di fronte allo scopo di mantenere una buona relazione.

### **Piccoli esempi dove è necessario essere assertivi:**

- Chiedere spiegazioni
- Dire di no ad un'amica
- Saper dire di no a un superiore
- Non soccombere alle richieste di parenti propri o acquisiti
- Esprimere una critica a una persona cara
- Fare una lode a chi ha compiuto una buona prestazione
- Difendersi dalle manipolazioni
- Far valere le proprie capacità senza sminuirle
- ...

## **Per diventare più affermativi c'è bisogno di:**

- Desiderare il cambiamento del nostro comportamento
- Assumersi dei rischi gradualmente maggiori
- Valutarsi almeno quanto gli altri
- Accettare che non sempre raggiungeremo i nostri obiettivi
- Non esistono risposte buone per tutte le occasioni
- Non esistono soluzioni magiche a situazioni complesse
- Aprirsi a nuove soluzioni e a convinzioni più funzionali
- Il cambiamento non avverrà dal giorno alla notte
- Guadagnare piccoli obiettivi per volta, ragionevolmente
- Non irritarsi se non sempre piaceremo agli altri
- Senza impegno continuo non si possono ottenere risultati
- A volte anche impegnandosi seriamente possiamo non ottenere ciò che ci eravamo prefissati

## **Dieci punti per una vita affermativa**

1. Evita che gli altri ti ostacolino nei tuoi diritti
2. Evita che gli altri scelgano per te
3. Evita che gli altri decidano per te
4. Evita che gli altri pensino per te
5. Evita che gli altri parlino per te
6. Evita che gli altri agiscano per te
7. Evita che gli altri si divertano per te
8. Evita che gli altri nelle situazioni sociali si sostituiscano a te
9. Evita che gli altri si occupino eccessivamente di te
10. Evita che gli altri ti annullino

## Conclusioni

Quando disponiamo i fiori in un vaso, è opportuno lasciare un po' di spazio attorno ad ogni fiore, perché possa rivelare tutta la sua bellezza e la sua freschezza.

Non c'è bisogno di molti fiori, ne bastano 2 o 3.



Anche noi esseri umani abbiamo bisogno di spazio per **essere consapevoli, pensare** ed **essere sereni**.

Questa settimana ci fermiamo e ci calmiamo per offrire spazio a noi stessi, all'interno come all'esterno, così come a chi amiamo.

Durante questa settimana lascia andare un pochino i pensieri disfunzionali, i progetti, le preoccupazioni e le paure. Crea spazio intorno a te, perché **ci vuole spazio per pensare al perché non riusciamo ad essere assertivi**.

## L'ASSERTIVITÀ (*File 3°*)

### Riassumendo...

La scorsa lezione abbiamo affrontato la differenza tra:

- Stile **passivo** 
- Stile **aggressivo** 
- Stile **assertivo o affermativo** 

### DOBBIAMO APPROFONDIRE 4 AREE PRINCIPALI:

- A. Apprendere a distinguere lo stile assertivo da quello aggressivo e da quello passivo
- B. Apprendere i diritti assertivi e i loro limiti**
- C. Arrivare a conoscere le cause e le convinzioni che sono alla base dei comportamenti non assertivi. Questi causano emozioni quali ansia, depressione, senso di colpa, rabbia, ...
- D. Apprendere ad applicare nei rapporti di tutti i giorni le abilità precedentemente acquisite

## I diritti assertivi

I diritti fondamentali non hanno bisogno di nessun avvocato per essere difesi: basta ricordarsi di loro nel momento in cui dobbiamo decidere come agire, per recuperare immediatamente la chiarezza necessaria ed il coraggio di non cedere su ciò che riteniamo importante.

**Il concetto di diritto rappresenta uno dei principi basilari del *training* di assertività.**

Nella definizione di assertività abbiamo parlato di difendere i propri diritti senza violare quelli altrui...**per difendere i propri diritti il primo passo è proprio quello di avere ben chiaro quali essi siano.** Tuttavia, oltre a prenderne atto, è anche fondamentale sostenerli con un comportamento...

*...Questo dipende solo da noi*

Anche in questo caso sarà utile analizzare quali pensieri possono bloccarci nell'applicazione dei nostri diritti: la semplice idea di avere un diritto e di potersi anche permettere di difenderlo, provoca immediatamente un disagio notevole e la **sensazione** di essere **egoisti**.



I **diritti assertivi** dovranno diventare le linee guida per i rispettivi comportamenti, ma è anche abbastanza facile capire che se non siamo convinti e consapevoli di avere dei diritti sarà difficile metterli in pratica...

Sapere che cosa possiamo chiedere, perché ci spetta di diritto, e che cosa invece non possiamo chiedere, perché invece leverebbe un diritto al nostro interlocutore, è l'unico modo per capire fino a che punto possiamo spingerci nella relazione e quali sono le argomentazioni più efficaci per sostenere il nostro punto di vista.

Il cammino verso l'assertività parte dunque dall'interpretare le situazioni che man mano si presentano, avendo come riferimento i diritti nostri e dell'interlocutore.



È inoltre importante imparare ad allenare la nostra capacità di difenderli e sostenerli anche in circostanze in cui la tentazione di lasciar perdere è molto forte...

***I diritti inviolabili non possono essere dimenticati a seconda delle situazioni...***

## **I DIRITTI AFFERMATIVI di Smith**

1. Hai il diritto di essere il solo giudice di te stesso
2. Hai il diritto di non giustificare il comportamento, dando agli altri spiegazioni o scuse
3. Hai il diritto di valutare e decidere se farti carico di trovare una soluzione ai problemi degli altri
4. Hai il diritto di cambiare idea
5. Hai il diritto di commettere errori, accettando di esserne responsabile
6. Hai il diritto di dire “Non lo so”
7. Hai il diritto di sentirti libero dall’approvazione delle persone con cui entri in relazione
8. Hai il diritto di apparire illogico e irrazionale nel prendere decisioni
9. Hai il diritto di dire “Non capisco”
10. Hai il diritto di non essere perfetto

## **Come fare per diventare più assertivi?**

DOBBIAMO APPROFONDIRE 4 AREE PRINCIPALI:

- A. Apprendere a distinguere lo stile assertivo da quello aggressivo e da quello passivo
- B. Apprendere i diritti assertivi e i loro limiti
- C. **Arrivare a conoscere le cause e le convinzioni che sono alla base dei comportamenti non assertivi. Questi causano emozioni quali ansia, depressione, senso di colpa, rabbia, ...**
- D. Apprendere ad applicare nei rapporti di tutti i giorni le abilità precedentemente acquisite

## Riassumendo... Idee irrazionali

Cominciamo nel modo più semplice: con un esempio:

**Uno studente si sente depresso perché ha fallito l'esame.**

In questa reazione abbiamo un **Evento attivante (A)** = fallimento di un esame, a cui viene attribuita la causa delle **Conseguenze (C)** di natura emotiva = ansia, depressione; o comportamentale = non studiare più, si chiude in casa perché è impossibile rimediare al danno, per cui non troverà mai un lavoro e finirà col morire di fame!

Lo studente può ritenere che la bocciatura (**A**) costituisca non solo un danno, ma una vera catastrofe dagli effetti insopportabili. Di conseguenza al punto (**C**) egli manifesterà atteggiamenti negativi, **risposte emotive e comportamentali irrazionali, inappropriate ed esagerate.**

Cosa ci rende eccessivamente ansiosi, arrabbiati, depressi o con un senso di colpa?

La maggior parte delle persone commette su questo punto un incredibile errore: ritiene **che A causi C.**

**Ma ciò non è vero!**



  
A

**Evento attivante:**  
specifiche situazioni  
o persone

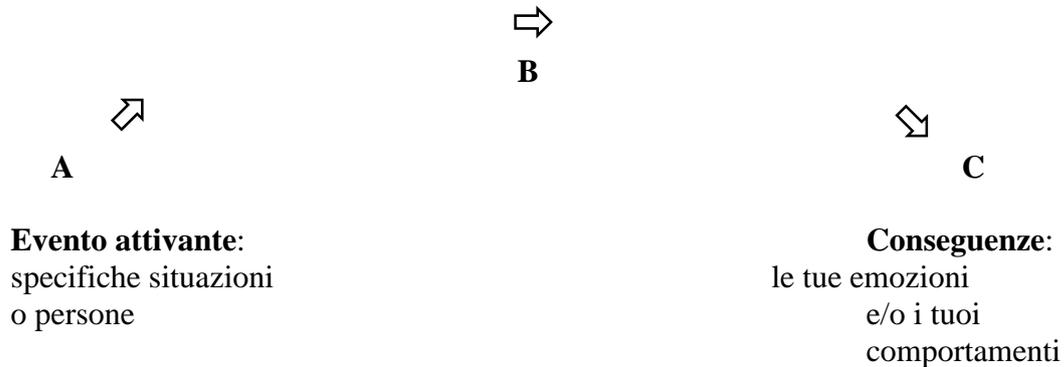
  
C

**Conseguenze:**  
le tue emozioni  
e/o i tuoi  
comportamenti

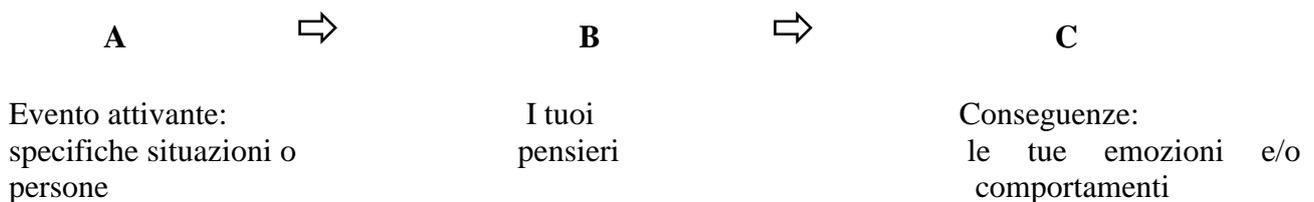
Noi pensiamo in questo modo, parliamo come se fosse così, e spieghiamo il mondo e quello che ci capita in questa maniera.

**La verità è che non è A a causare direttamente C.**

**In genere è B a causare C.**



Esiste infatti tra i due momenti, A e C, un momento intermedio (**B**) che è il **Sistema delle convinzioni** del soggetto (vale a dire i suoi pensieri, le sue idee, i suoi principi, ecc.) che spesso sono irrazionali. Queste **idee irrazionali** non sono sostenute da alcuna prova e non sono adeguate alla realtà. Sarebbe corretto e auspicabile, per tornare all'esempio, che lo studente sostituisse alle sue idee irrazionali delle idee razionali, cioè che la bocciatura significhi effettivamente un danno, una perdita di tempo con conseguenze forse molto scomode ma, di sicuro, non sembra probabile che il candidato non riuscirà più in tutta la sua vita a rimediare al danno, né che non troverà mai un lavoro e finirà col morire di fame!

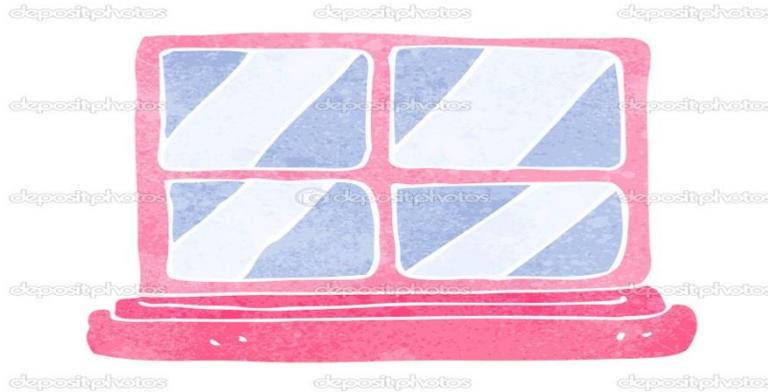


È dunque importante che ognuno individui, discuta e corregga le proprie idee irrazionali che sono all'origine delle reazioni emotive e comportamentali sbagliate o esagerate.

## La finestra delle convinzioni

Le cause e le convinzioni alla base dei comportamenti non assertivi

Noi non vediamo le cose come sono, ma come se stessimo dietro una finestra...



La finestra delle convinzioni non si può vedere perché è invisibile, ma tutti ne abbiamo una... Immaginatene una attaccata alla vostra testa, agganciata alla vostra fronte e alla vostra faccia... Vedete il mondo attraverso essa. Vedete, cioè, **filtrato** da essa.

La finestra sulla fronte di ognuno di noi è composta di convinzioni **corrette, non corrette o discutibili**.

Ricordati che tutte influenzano il nostro comportamento!

Dovremmo fare in modo che la nostra finestra delle convinzioni sia il più possibile trasparente e rifletta realmente quello che sta succedendo nella nostra vita.

*Come?*

Eliminando i nostri B disfunzionali e mettendoli attivamente in discussione.

## **Come fare per diventare più assertivi?**

DOBBIAMO APPROFONDIRE 4 AREE PRINCIPALI:

- A. Apprendere a distinguere lo stile assertivo da quello aggressivo e da quello passivo
- B. Apprendere i diritti assertivi e i loro limiti
- C. Arrivare a conoscere le cause e le convinzioni che sono alla base dei comportamenti non assertivi. Questi causano emozioni quali ansia, depressione, senso di colpa, rabbia, ...
- D. Apprendere ad applicare nei rapporti di tutti i giorni le abilità precedentemente acquisite**

## **Apprendere ad applicare nei rapporti di tutti giorni le abilità precedentemente acquisite**

È evidente che il divenire assertivi è un percorso verso la **pratica della consapevolezza e della responsabilità**.

È normale che durante l'apprendimento dell'assertività ti capiterà di non cogliere il bersaglio: molte volte **oscillerai** dalla **passività** all'**aggressività** nel tentativo di **stabilizzarti** nella condizione di **assertività**.

Molto verosimilmente, inoltre, nel momento in cui comincerai a cambiare, a crescere, a correre dei rischi **incontrerai resistenza** da parte di alcune persone presenti nella tua vita

### **Fai un elenco delle persone che potrebbero ostacolarti nel tuo cambiamento!**

Saranno, dunque, il tuo compagno/a, i tuoi genitori, i tuoi amici mentre stai andando avanti, a pretendere che tu ti metta a sedere. Per questo puoi essere sconvolto, sorpreso o altro...

...Se senti il bisogno di compiacere gli altri questo sarà il punto su cui dovrai lavorare per **abbandonare il ruolo infantile ed entrare in quello adulto**.

In questo percorso di assertività la prima responsabilità è quella di **riappropriarci della forza del nostro io**:

“Io sento...”, “Io desidero...”,

“Io critico..” “Io scelgo...”,

“Io preferisco...”, “Io credo...”,

“Io penso...”, “Io voglio...”

Non basta dunque riflettere su sé stessi, alla fine dobbiamo **agire**.

L'assertività si raggiunge solo quando, dopo aver capito cosa sia e dopo aver individuato le giuste soluzioni o le alternative preferibili, **decidiamo di agire!**

## **Appendice II**

Di seguito sono riportati gli *homework* svolti dal paziente, in linea con quanto effettuato durante il trattamento:

- Il Registro del Pensiero: ABC;
- Registrazione del Pensiero Disfunzionale (RPD) nelle forme a 4 e 6 colonne;
- Messa in discussione dei Pensieri Automatici Negativi con la tecnica delle alternative;
- Messa in discussione dei Pensieri Automatici Negativi con la tecnica dei *counter*;
- Scheda di sintesi per il *Training* Attentivo;
- Esercizio “Presenziare al tuo stesso funerale”.

## IL REGISTRO DEL PENSIERO: ABC

Davanti ad una specifica situazione (A), domandati “Cosa mi sta passando per la mente proprio adesso?” al fine di identificare i Pensieri Automatici Negativi o le immagini (B) che hanno scatenato le tue reazioni emotive, fisiologiche e comportamentali (C).

A	B	C
Sto avendo un rapporto sessuale con mia moglie	Non ci riuscirò Mara mi lascerà	<b>Reazione Emotiva</b> Paura, Ansia, Rabbia <b>Reazione Fisiologica</b> Calore <b>Reazione comportamentale</b> Cerco di continuare ma senza riuscirci
Sono a casa sul divano	Non guarirò mai Chissà come andrà la prossima volta?!	<b>Reazione Emotiva</b> Ansia, Tristezza <b>Reazione Fisiologica</b> Calore, tensione muscolare, tachicardia <b>Reazione comportamentale</b> Continuo a rimuginare sul problema
Sono nel letto con mia moglie e capisco che lei desidera avere un rapporto sessuale	Non ci riuscirò Devo riuscirci La perderò	<b>Reazione Emotiva</b> Paura, Rabbia <b>Reazione Fisiologica</b> Tachicardia, calore, tensione muscolare <b>Reazione comportamentale</b> Focalizzo l'attenzione sugli organi genitali per capire se ci sono problemi

## REGISTRAZIONE DEL PENSIERO DISFUNZIONALE (RPD) - 4 COLONNE

Istruzioni: Quando noti che il tuo umore peggiora, domandati: **“Che cosa mi sta passando per la mente proprio in questo momento?”** e appena puoi scrivi il pensiero o l’immagine mentale nella colonna del “Pensiero automatico”.

Data/ora	Situazione	Pensiero/i automatico/i	Emozione/i
	<p>1. Quale evento reale, o flusso di pensieri, o sogno ad occhi aperti, o ricordo, ha portato all’emozione spiacevole?</p> <p>2. Quali (se ce ne sono) sensazioni fisiche dolorose hai avuto?</p>	<p>1. Quale/i pensiero/i e/o immagine/i ti è passato per la mente?</p> <p>2. In che misura ci hai creduto sul momento?</p>	<p>1. Quale/i emozione/i (tristezza, ansia, rabbia, ecc.) hai provato sul momento?</p> <p>2. Quanto è stata intensa l’emozione (0-100%)?</p>
15/04/2014 ore 7.15	Sono nel letto, mi sono appena svegliato	Speriamo che oggi riuscirò ad avere un rapporto sessuale 80%	Ansia 80%
20/04/2014 ore 00.23	Mara si avvicina a me, vuole fare l’amore ma io non ho voglia	Devo farlo lo stesso Devo riuscirci Se non ho desiderio sessuale devo avere qualcosa che non va Si stancherà di me	Ansia 100% Paura 90% Tristezza 75%
20/06/2014 ore 18.00	Penso al fatto che dobbiamo iniziare la Focalizzazione Sensoriale e quindi sospendere i rapporti	Per colpa mia non avremo rapporti Spero che a Mara piaccia il primo stadio Chissà se funzionerà?!	Senso di colpa 85% Ansia 70%

## REGISTRAZIONE DEL PENSIERO DISFUNZIONALE (RPD) - 6 COLONNE

Istruzioni: Quando noti che il tuo umore peggiora, domandati: **“Che cosa mi sta passando per la mente proprio in questo momento?”** e appena puoi scrivi il pensiero o l’immagine mentale nella colonna del “Pensiero automatico”.

Data/ora	Situazione	Pensiero/i automatico/i	Emozione/i	Risposta adattiva	Esito
	<p>1. Quale evento reale, o flusso di pensieri, o sogno ad occhi aperti, o ricordo, ha portato all’emozione spiacevole?</p> <p>2. Quali (se ce ne sono) sensazioni fisiche dolorose hai avuto?</p>	<p>1. Quale/i pensiero/i e/o immagine/i ti è passato per la mente?</p> <p>2. In che misura ci hai creduto sul momento?</p>	<p>1. Quale/i emozione/i (tristezza, ansia, rabbia, ecc.) hai provato sul momento?</p> <p>2. Quanto è stata intensa l’emozione (0-100%)?</p>	<p>1. (opzionale) Quale distorsione cognitiva hai fatto?</p> <p>2. Usa le domande in basso per comporre una risposta al/i pensiero/i automatico/i.</p> <p>3. Quanto credi ad ogni risposta?</p>	<p>1. Quanto credi adesso a ciascun pensiero automatico?</p> <p>2. Quale/i emozione/i senti adesso? Quanto è intensa l’emozione (0-100%)?</p> <p>3. Che cosa farai (o hai fatto)?</p>
10/06/2014 Ore 20.00	Ho un rapporto sessuale con mia moglie ma avverto scarsa libido	Con questo problema non riuscirò ad avere figli 90%	Paura 90%	<p>Pensiero catastrofico</p> <p>Le domande e le risposte sono riportate alla pagina successiva</p>	<p>20%</p> <p>Paura 20%</p>

Domande per aiutare a comporre una risposta alternativa:

*1) Qual è la prova che il pensiero automatico è vero?*

Il fatto che non ho desiderio sessuale e che non sempre riesco ad avere un'erezione.

*Che non è vero?*

Molte persone non sempre riescono ad avere un'erezione e non per questo non hanno figli. Questo è un problema che si risolve e comunque, nel caso, ci sono altri metodi per avere figli.

*2) C'è una spiegazione alternativa?*

Non sono riuscito ad avere un rapporto perché non avevo desiderio sessuale, ero stanco dopo una giornata di lavoro e di pensieri ma altre volte sono riuscito ad avere un rapporto sessuale e quindi non c'è motivo di pensare che non riuscirò ad avere figli.

*3) Qual è la cosa peggiore che potrebbe accadere?*

Che non riesco a risolvere il mio problema, Mara mi lascia e non riusciamo ad avere figli e ad essere felici insieme.

*Potrei sopravvivere a questo?*

Sì, anche se soffrirei molto.

*Qual è la cosa migliore che potrebbe accadere?*

Guarisco e non ho ricadute. Io e Mara avremo dei bambini e saremo una famiglia felice.

*Qual è l'esito più realistico?*

Che impegnandomi nella terapia io riesca a guarire. Probabilmente ci saranno delle volte in cui mi sentirò ansioso o stressato e non riuscirò ad avere rapporti sessuali ma avrò imparato come reagire.

*4) Qual è l'effetto del mio credere al pensiero automatico?*

Mi sento in ansia e non riesco ad avere dei rapporti sessuali, non mi sento tranquillo nemmeno nei riguardi di Mara.

*Quale potrebbe essere l'effetto del cambiare il mio pensiero?*

Riuscirei a sentirmi più tranquillo e probabilmente riuscirei anche ad avere dei rapporti sessuali.

*5) Che cosa dovrei fare al riguardo?*

Impegnarmi nella terapia e mettere in discussione i miei pensieri con le tecniche che sto imparando.

*6) Se Claudio fosse nella stessa situazione e avesse questo pensiero, cosa gli/le direi?*

Claudio, ti capisco e so cosa vuol dire avere questo tipo di problema e queste preoccupazioni, ma vedrai che rivolgendoti ad uno specialista si risolverà senza problemi; se invece continui a preoccuparti sarà peggio, non è che preoccupandoti risolvi il problema, anzi!

## MESSA IN DISCUSSIONE DEI PENSIERI AUTOMATICI NEGATIVI CON LA TECNICA DELLE INTERPRETAZIONI ALTERNATIVE

Davanti ad una specifica situazione (A), domandati “Cosa mi sta passando per la mente proprio adesso?” al fine di identificare i Pensieri Automatici Negativi o le immagini (B) che hanno scatenato le tue reazioni emotive, fisiologiche e comportamentali (C). Quindi utilizza la tecnica delle interpretazioni alternative per mettere in discussione il tuo pensiero.

A	B	C
10/07/2014 ore 23 Sono sul divano con Mara	Se non risolvo questo problema Mara mi lascerà	<b>Reazione Emotiva</b> Ansia 90%  <b>Reazione Fisiologica</b> Tachicardia, calore, tensione muscolare  <b>Reazione comportamentale</b> Cerco di calmarmi e poi faccio la messa in discussione

### ALTERNATIVE

- Mara mi è sempre stata vicino nei miei momenti di difficoltà.
- Mara mi accetta per i miei pregi e per i miei difetti.
- Sto lavorando sul mio problema anche con l’aiuto di Mara.
- Se Mara mi lascia per questo, non mi ama davvero.

Ansia successiva alla ristrutturazione: 30%.

A	B	C
11/11/2014 ore 10 Sto pensando che potrei avere delle ricadute e avverto un po' di ansia	Se provo ansia vuol dire che adesso ricomincerò a stare male	<b>Reazione Emotiva</b> Ansia 75% <b>Reazione Fisiologica</b> Tachicardia, calore, tensione muscolare <b>Reazione comportamentale</b> Faccio la messa in discussione

#### ALTERNATIVE

- Tutti provano ansia.
- L'ansia è un'emozione come un'altra, va analizzata.
- Molte persone che conosco hanno ansia verso qualcosa ma riescono comunque a fare ciò che desiderano.
- Sono in ansia perché temo possano esserci ricadute, ma è solo un pensiero, non vuol dire che accadrà.

Ansia successiva alla ristrutturazione: 30%.

## MESSA IN DISCUSSIONE DEI PENSIERI AUTOMATICI NEGATIVI CON LA TECNICA DEI *COUNTER*

Davanti ad una specifica situazione (**A**), domandati “Cosa mi sta passando per la mente proprio adesso?” al fine di identificare i Pensieri Automatici Negativi o le immagini (**B**) che hanno scatenato le tue reazioni emotive, fisiologiche e comportamentali (**C**). Quindi utilizza la tecnica dei *counter* per mettere in discussione il tuo pensiero.

A	B	C
11/06/2014 ore 23 Sto avendo un rapporto sessuale con Mara	Riuscirò a portarlo a termine?!  Riuscirò ad avere un rapporto normale?!	<b>Reazione Emotiva</b> Ansia 60%  <b>Reazione Fisiologica</b> Tachicardia, calore, tensione muscolare  <b>Reazione comportamentale</b> Cerco di continuare a fare l'amore

### ***COUNTER***

- Stop! Ancora con questa storia?!

Ansia successiva alla ristrutturazione: 30%.

A	B	C
10/09/2014 ore 12 Sono a casa da solo	Tornerà l'ansia  Ricomincerà ad andare male	<b>Reazione Emotiva</b> Ansia 65%  <b>Reazione Fisiologica</b> Calore, tensione muscolare  <b>Reazione comportamentale</b> Utilizzo la tecnica dei <i>counter</i>

### ***COUNTER***

- Falso! I pensieri non sono fatti!
- A che ti serve pensare queste cose?!

Ansia successiva alla ristrutturazione: 20%.

## SCHEDA DI SINTESI PER IL *TRAINING* ATTENTIVO

Si è esercitato con il *training* attentivo (ATT) assieme al suo terapeuta. Affinché esso sia efficace, deve fare pratica anche a casa e questa scheda è stata pensata per aiutarla a tener traccia degli esercizi.

1. Dovrebbe individuare un posto dove esercitarsi, in cui potrà introdurre – o identificare – diversi suoni (almeno tre, ma più sono meglio è): ne discuta con il suo terapeuta.

I suoni potenziali che potrei introdurre sono:

**a. il suono della televisione**

**b. i rumori provenienti dall'esterno del balcone della cucina**

**c. il suono della radio nella stanza accanto**

**d. il ticchettio dell'orologio**

e. suoni che posso udire nelle vicinanze

f. suoni che posso udire in lontananza

g. suoni che possono provenire da destra

h. suoni che possono provenire da sinistra

2. Si eserciti per circa 10-12 minuti, dividendo il tempo come segue: approssimativamente 5 minuti in cui si focalizza su singoli suoni differenti; 5 minuti in cui si sposta rapidamente tra i vari suoni; 2 minuti di attenzione divisa.

3. Annoti i giorni in cui si è esercitato apponendo una X nelle caselle sottostanti

	LUN.	MART.	MERC.	GIOV.	VEN.	SAB.	DOM.
Sett. 1	X	X	X	X	X	X	X
Sett. 2	X		X	X			X
Sett. 3	X	X	X	X	X	X	
Sett. 4	X	X	X		X	X	X

## ESERCIZIO “PRESENZIARE AL TUO STESSO FUNERALE”

Concentrati in silenzio, questa è un'esperienza emotiva potente.

L'obiettivo di questo compito **non è guardare in faccia la tua morte, al contrario è guardare in faccia la tua vita.**

Spesso le persone non abbracciano una vita di valore perché ogni valore porta con sé la consapevolezza di quanto breve sia la nostra vita. Se eviti questa conoscenza non potrai essere pienamente e realmente nulla, considera quanto sia un prezzo molto alto da pagare.

Prova ad immaginare di essere morto, ma sei presente al tuo funerale. Pensa al posto in cui potrebbe essere celebrato e come potrebbe essere. Ad un tuo caro amico o familiare viene chiesto di dire alcune parole riguardo ciò per cui hai vissuto.

Scrivi prima **cosa ti dispiacerebbe che fosse detto** se la lotta in cui sei attualmente impegnato continuasse a dominare la tua vita. Supponi di tirarti indietro da quello che per te è importante e di seguire invece una strada di evitamento, invischiamento mentale, controllo emotivo, autoreferenzialità.

Cosa direbbe il tuo amico o familiare?

*Marco è andato via da noi, è stato assente per molto tempo per questioni di salute; ha rincorso il successo in ambito sessuale ma per questo è stato male perché era come se volesse vincere l'impossibile, voleva essere perfetto.*

Ora immagina di poter guardare nella testa di quella persona in quel momento. Se i pensieri di quella persona ti fossero ben visibili cosa altro avrebbe voluto dire (solo a sé stesso, privatamente) che non ha potuto dire pubblicamente?

*A causa di tutti i problemi che si faceva per la sessualità, è stato egoista e assente, trascurando gli amici.*

Questo elogio rappresenta **ciò di cui hai paura**, forse una descrizione di dove ti ha condotto la tua vecchia strada. Il tuo elogio non deve necessariamente essere così.

Immagina da ora in poi di vivere la tua vita in funzione di ciò che per te è più importante. Ciò non vuol dire che magicamente raggiungerai tutti i tuoi obiettivi; significa che la direzione che stai prendendo nella tua vita è evidente, chiara, manifesta.

Ora immagina chi è presente al tuo funerale (marito/moglie, figli, colleghi, capi, amici, parenti). Pensa a tutte le persone per te più importanti, mettile in quello spazio, guardali, osservali mentre osservano il tuo funerale. Ora immagina che qualcuno di loro faccia un discorso su di te che rifletta quello che queste persone vedrebbero se la tua via fosse stata fedele a quello che per te è veramente

importante, ai tuoi valori più intimi. Immagina quello che tu maggiormente vorresti aver trasmesso nella tua vita a tutti. Nessuno saprà mai cosa stai pensando, non sarai giudicato. Scrivi ciò che vorresti ascoltare nel tuo elogio su come hai vissuto la tua vita. Lascia che queste parole riflettano il significato che avresti voluto maggiormente trasmettere, i propositi che avresti voluto rivelare durante il tempo che hai trascorso sulla terra.

*Marco è stato un ragazzo buono, sincero, disponibile verso tutti, ha fatto del bene ed è stato volontario alla Misericordia per tanti anni; è stato un bravo portiere e un buon lavoratore. Grazie a lui so che oggi alcuni valori esistono ancora: la sincerità, l'amore vero e la dolcezza.*

Riesci a vedere veramente qualcosa di quanto vuoi manifestare nella tua vita? Il modo in cui vorrai essere ricordato? Ora che la tua vita è finita ti dà un'idea chiara di quello che è importante per te adesso, in questo preciso momento?

Ora non sappiamo cosa potrà dire la gente al tuo funerale ma sappiamo una cosa certa: le tue azioni oggi possono fare una profonda differenza su come la tua vita funzionerà d'ora in poi. I tuoi cari non ti ricorderanno per le tue emozioni, sensazioni, pensieri, ma per le scelte che fai e le azioni che agisci ogni giorno della tua vita. Possiamo iniziare oggi?

Utilizziamo il metodo di guardare all'indietro nella tua vita per tirare fuori quello che ti è più caro. Condensiamo tutto questo in una versione più corta. Scriviamo un epitaffio, per es. **“Qui giace Giovanna, ha amato i suoi figli e suo marito con tutta se stessa”** Cosa vorresti che fosse scritto sulla tua pietra tombale? Da cosa vorresti fosse caratterizzata la tua vita? Questa non è una previsione, è una speranza, un desiderio. Pensaci e prova a sintetizzare i tuoi valori più intimi in un breve epitaffio, poi scrivilo su questa lapide.

