

Teoria e terapia cognitivo comportamentale dei disturbi sessuali

prof. Francesco Vincelli, Ph.D., Psy.D.

Professore di Psicoterapia,

Facoltà di Psicologia, Università Cattolica di Milano

Docente e Supervisore di Psicoterapia Cognitivo
Comportamentale

La sessualità

- «Il sesso non è una mera transazione fisiologica per il primitivo isolano dei mari del Sud, così come per noi; esso implica l'amore e il fare all'amore, diventa il nucleo di venerabili istituzioni come il matrimonio e la famiglia, impregna di sé l'arte e ne produce il fascino e la magia. Domina effettivamente quasi ogni aspetto della cultura. Il sesso nel suo significato più ampio è più una forza sociologica e culturale che una mera relazione fisica fra due individui.»
- (Malinowski, 1929)

Profilo storico

- Sessuologia moderna
- Concetto di degenerazione: Krafft-Ebbing (Psychopathia sexualis, 1886)
- Deviazioni sessuali dipendenti da cause esterne (apprese): Iwan Bloch (1906)
- Metodo scientifico in sessuologia: Masters e Johnson (1954)

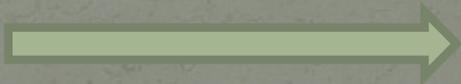
Disturbo da Desiderio Sessuale Ipoattivo

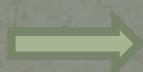
Motivazione sessuale



- Teoria dei fattori interni o pulsionali
- Teoria dei fattori esterni o incentivi

Teoria Pulsionale

Libido  Fame

Soddisfazione sessuale  Soddisfazione alimentare

- La deprivazione dell'esperienza sessuale genera un aumento dell'impulso sessuale

Teoria degli Incentivi

- Il desiderio sessuale viene attivato da incentivi o stimoli esterni



- L'impulso sessuale diminuisce a causa della deprivazione

Modello misto pulsionale –incentivo

(Dettore)

- La deprivazione se etichettata (componente cognitiva) come positiva aumenta l'impulso sessuale
- La deprivazione se etichettata come frustrante diminuisce l'impulso sessuale (esp. detenuti/cattolici)
- Principio della Reattanza Psicologica di Brehm: quando qualcosa può essere a nostra disposizione ma ci è vietata, risulta soggettivamente incrementato il bisogno che abbiamo di essa (esp. ricercatore, Nature, 1970)

Teorie cognitive del desiderio sessuale



Il desiderio sessuale dipende dall'aver elaborato **aspettative positive** nei confronti dell'esperienza sessuale:

- Apprendimenti culturali (sesso come esperienza piacevole o peccaminosa, società, religione)
- Esperienze personali (positive o negative)
- Stati ormonali o di deprivazione

Disturbo da Desiderio Sessuale Ipoattivo (DSI)

- A. Fantasie sessuali e desiderio di attività sessuale persistentemente o ricorrentemente carenti (o assenti)
- B. L'anomalia causa notevole disagio o difficoltà interpersonali
- C. La disfunzione non è attribuibile ad un altro disturbo in Asse I (ad eccezione di un'altra disfunzione sessuale), agli effetti di una sostanza o di una condizione medica

Tipo: permanente/acquisito – generalizzato/situazionale

Diagnosi differenziale

- DSI = soggetto non procettivo ma recettivo (con scarso o adeguato piacere)
- DAS = soggetto non procettivo e non recettivo (con avversione, disgusto o paura anche solo in immaginazione)
- Spesso comorbidità con altri disturbi sessuali: importante stabilire se il DSI è secondario o primario

Es. = Disturbo dell'erezione che genera DSI (è più facile ed egosintonico concludere di non avere desiderio)

DSI che genera anorgasmia (si accettano i rapporti contro voglia alterando la qualità dell'esperienza sessuale)

Diagnosi differenziale

- Comorbilità con altri disturbi psicologici (es. depressione): una delle regole della terapia delle disfunzioni sessuali è che questi ultimi si curano solo dopo aver curato gli altri disturbi psicologici in comorbilità
- Altre cause di natura medica:
 1. Donne con isterectomia senza terapia ormonale sostitutiva
 2. Eccesso di estrogeni (vecchie pillole anticoncezionali)
 3. Carezza di testosterone o eccesso di estrogeni (alcolismo)
 4. Ginecomastia

Prevalenza del DSI

- Donne 34%
- Uomini 16%

- Negli anni '70 il DSI riguardava il 32% dei casi in terapia sessuale, negli anni '80 il 55% dei casi

Etiopatogenesi

- CAUSE INDIVIDUALI

1. Convinzioni religiose: consapevoli o inconsapevoli (superate a livello intellettuale ma non affettivo)
2. Personalità ossessivo-compulsive
3. Disturbi dell'identità di genere: soggetti con orientamento omosessuale che si sposano
4. Specifiche fobie: avversione per l'attività sessuale o per le secrezioni genitali
5. Paura della gravidanza
6. Sindrome del vedovo
7. Preoccupazione per l'invecchiamento (importanza attribuita all'immagine fisica)
8. Stile di vita, stress e affaticamento: il sesso è una pulsione biologica che viene soppressa per far fronte ad altre priorità

- CAUSE RELAZIONALI

1. Mancanza di attrazione verso il partner (cambiamenti fisici o relazioni extraconiugali)
2. Scarse abilità sessuali del partner
3. Conflitti coniugali (nel sesso femminile la rabbia verso il partner inibisce il desiderio sessuale o l'assenza di desiderio viene utilizzata per punire il partner)
4. Incapacità a fondere il sentimento d'amore con il desiderio sessuale: dicotomia tra la "donna da sposare" e la "donna per andarci a letto" e dicotomia tra "l'uomo valido e rispettabile ma non eccitante" e "l'uomo eccitante ma non affidabile"

La Terapia del DSI

LoPiccolo e Friedman (1990):

Terapia integrata cognitivo-comportamentale-sistemica
in quattro fasi

1. Consapevolezza
2. Insight
3. Modificazione cognitiva
4. Induzione comportamentale della pulsione sessuale

- CONSAPEVOLEZZA

Approccio cognitivo: creare consapevolezza rispetto alla definizione di sé e della coppia (4 liste: vantaggi attesi dal recupero del desiderio sessuale per ciascun partner, per la coppia e svantaggi per ciascun partner e per la coppia)

Consapevolezza emotiva esperienziale:

- trasformare il “non sono interessato/a” con “provo sentimenti negativi” (paura, ansia, rabbia, risentimento) che bloccano l’impulso sessuale
- rievocare esperienze passate di rapporti o di situazioni che evocano scene sessuali per far emergere sensazioni ed emozioni

- INSIGHT

Far comprendere la genesi e la funzione dei sentimenti negativi sul sesso:

- a) Fattori antecedenti
- b) Fattori di mantenimento

- MODIFICAZIONE COGNITIVA

Tecniche immaginative e conseguenze emotivo-affettive

- I. Bambino spaventato:

“da giovane ho imparato a sentirmi in colpa per l'attività sessuale”

“il piacere sessuale fa perdere il controllo”

- I. Genitore critico:

“pensare al sesso è da persone amorali”

“mio marito è come mio padre”

Valorizzazione dell'esperienza sessuale ed elaborazione di contenuti cognitivi sostitutivi:

I. Bambino gioioso:

“ricordo la curiosità nel parlare con le mie amiche/amici del sesso e la curiosità verso le prime esperienze sessuali”

“posso perdere il controllo e fidarmi del partner, così come lui perde il controllo e si fida di me”

I. Genitore affettuoso:

“il sesso non è amorale”

“essere eccitato/a sessualmente è un'esperienza positiva”

- INDUZIONE COMPORTAMENTALE DELLA PULSIONE SESSUALE

1. Materiale erotico, fantasie sessuali, maggiore affettuosità e contatto fisico
2. Segnali per accettare e rifiutare il rapporto sessuale (role playing)
3. Focalizzazione sensoriale I e II

Regole per la coppia

- Rapporto sessuale unicamente mirato al provare piacere insieme
- Non “potere” sull’altro ma “rispetto” per l’altro
- Non conflitto passivo o aggressivo ma produzione di accordi assertivamente
- Non confronto ma complicità
- Non richieste ma proposte
- Non credere di sapere, ma comunicare per capire l’altro e imparare a fare l’amore con lui/lei

Disturbo da Avversione Sessuale (DAS)

- Risposta fobica totale:
tutte le sensazioni, i pensieri, i sentimenti o le situazioni di natura sessuale
- Risposta fobica specifica:
genitali, penetrazione, pratiche sessuali, secrezioni genitali, piacere, essere visti nudi

Diagnosi differenziale

- Comorbilità con il Disturbo da Desiderio Ipoattivo, con i Disturbi dell'Eccitazione Sessuale e dell'Orgasmo
- Anche se il DAS soddisfa i criteri per la Fobia Specifica, non viene fatta diagnosi addizionale
- Evitare la diagnosi di DAS se è presente un Disturbo Depressivo Maggiore, un Disturbo Ossessivo-Compulsivo o Post-Traumatico da Stress

Prevalenza

Non disponiamo di dati recenti

Kaplan (1987): 5%

Etiopatogenesi

- Teoria bifattoriale (genesi e mantenimento) di Mowrer:
 1. Genesi: condizionamento classico (es. un ragazzo che si masturba viene scoperto da un adulto e rimproverato (SI) inducendogli senso di colpa e vergogna (RI), se questa reazione è molto forte la risposta d'ansia si presenterà relativamente ad altri aspetti della sessualità (RC)
 2. Mantenimento: condizionamento strumentale (la risposta d'ansia (RC) si attiva in corrispondenza di stimoli sessuali (SC), quindi il soggetto li evita allo scopo di non provare ansia; il calo dell'ansia prodotto dall'evitamento costituisce un rinforzo negativo (premio) che consoliderà l'evitamento e lo renderà automatico

- Teoria dei condizionamenti originari (Master e Johnson):
 1. Atteggiamenti genitoriali negativi verso il sesso e condizionamento culturale
 2. Trauma sessuale pregresso (stupro, incesto)
 3. Relazioni subite con prolungate pressioni sessuali
 4. Confusione circa la propria identità sessuale

La Terapia del DAS

- Esposizione graduata in vivo (avversioni specifiche)
- Focalizzazione sensoriale (avversioni generalizzate)
- Terapia del trauma (superamento del trauma e del lutto legato alla perdita dell'immagine di sé e del proprio senso di integrità), successivamente esposizione graduata

Le esposizioni possono essere in immaginazione, in vivo e in vivo con il partner

Disturbo dell'Eccitazione Sessuale Femminile

- Il DSM definisce la mancanza di eccitazione femminile come “ridotta o assente lubrificazione/tumescenza vaginale” (criterio A), accompagnata da notevole disagio o difficoltà interpersonale (criterio B).

Ma diversi autori suggeriscono di includere anche la carenza di esperienza “soggettiva di piacere ed eccitamento”.

Diagnosi differenziale

- La ridotta o assente eccitazione sessuale genera necessariamente minore desiderio e difficoltà nel raggiungere l'orgasmo:

la diagnosi differenziale rispetto al disturbo femminile dell'orgasmo si attua tenendo conto che in quest'ultimo è presente la fase dell'eccitazione sessuale; nel disturbo da desiderio sessuale ipoattivo sono presenti sia l'eccitazione sia l'orgasmo.

Prevalenza

Dall'11% al 19%

Dopo la menopausa: 44%

Etiopatogenesi

Disponiamo di pochi studi a causa del fatto che per molto tempo questa disfunzione è stata considerata come appartenente alla categoria delle disfunzioni orgasmiche.

- Ipotesi di Kegel: riduzione del tono muscolare della vagina e dei muscoli pubo-coccigei. L'ipotonia dei muscoli interni non permetterebbe un'adeguata aderenza fra essi e il pene non fornendo quel grado di frizione necessario alla stimolazione dei recettori sensoriali

Terapia del Disturbo dell'Eccitazione Sessuale Femminile

- Esercizi di Kegel
- Terapia di stimolazione di Gillan: esposizione a materiali erotici, fotografie, film, libri per incoraggiare ed esaltare le fantasie sessuali
- Automonitoraggio e modificazione dei pensieri negativi riguardo al sesso
- Autoerotismo
- Migliorare la comunicazione sul sesso
- Focalizzazione sensoriale
- Uso del vibratore

Prescrizione di ormoni solo in menopausa; antidepressivi: bupropione (dopaminergico); i vasodilatatori (sildenafil) funzionano in rari casi

Disturbo dell'Erezione

- Persistente o ricorrente impossibilità di raggiungere o di mantenere un'erezione adeguata fino al completamento dell'attività sessuale

Nelle edizioni precedenti (fino al DSM III-R) si includeva anche la mancanza persistente o ricorrente della sensazione soggettiva di eccitazione e di piacere: oggi poco considerata perché particolarmente rara (anedonia sessuale)

Diagnosi differenziale

Differenziare le difficoltà di erezione psicogene o su causa organica

- Master e Johnson: 95% psicogene
- Studi più recenti: 40% psicogene, 40% organiche, 20% miste

Esami medici

- Erettometria notturna (rigiscan)
- Dosaggi ormonali (prolattina alta e/o testosterone basso)
- Doppler penieno

Prevalenza

- Tra i 19 e i 59 anni: 10%

Etiopatogenesi

- Caduta occasionale dell'erezione crea un timore costante dell'insuccesso  ansia da prestazione in uomini che ritengono (per cultura o formazione) di dover avere un ruolo "sempre" attivo nel rapporto sessuale
- Timore di essere abbandonato o non amato per prestazioni sessuali non adeguate
- Incapacità di abbandonarsi alle proprie sensazioni corporee
- Stress

- “Distrazione” con “errata focalizzazione” sul compito: l’ansia impedisce l’attenzione sulle sensazioni prodotte dalle stimolazioni esterne (tattili, visive, uditive, olfattive: erezione riflessa) e blocca l’elaborazione di fantasie sessuali eccitanti (erezione psicogena)
- Il soggetto si focalizza sulle conseguenze pubbliche di una non adeguata prestazione (critiche, derisioni, abbandono) o su pensieri distraenti: “devo avere una buona prestazione”, “devo farla godere”

Terapia del Disturbo dell'Erezione

- Procedure di decondizionamento: rilassamento per la gestione dell'ansia (T.A.)
- Esposizione graduata in vivo: Focalizzazione Sensoriale I e II (se in coppia):

FS I: espressione di affettività, contatto fisico, dilazione del tempo (il soggetto ha un comportamento frettoloso per paura di perdere l'erezione)

FS II: la donna stimola manualmente il pene fino all'erezione, poi smette finché questa diminuisce, poi riprende = dimostrare che l'erezione può diminuire e poi riprendere e che non debba esserci in modo costante (convinzione errata molto diffusa)

La Kaplan suggerisce dopo queste due fasi il "coito inesigente": la donna conduce il rapporto e compie movimenti lenti e poco ampi, cioè che non esigono una completa erezione

- Veglia: Prescrizione Paradossale =
si chiede all'uomo di far venir meno l'erezione dopo averla raggiunta, distraendosi; in seguito di stimolarla nuovamente manualmente
- Ristrutturazione cognitiva:
 - a) La prestazione è più importante del piacere
 - b) Per le donne è più importante la prestazione che l'affetto
 - c) L'uomo deve essere sempre attivo
 - d) Il sesso richiede sempre un'erezione
 - e) Un uomo deve provare sempre desiderio sessuale

Prevenzione delle ricadute (lapse e relapse) e booster session

Disturbo dell'Orgasmo Femminile

Fisiologia dell'orgasmo femminile: contrazioni ritmiche dell'utero, della vagina e dello sfintere anale (ad un ritmo di 1 ogni 0,8 secondi), contrazioni dei muscoli addominali, glutei e ipertrofia muscolare generalizzata

Caratteristiche soggettive: acme del piacere, aumento costante dell'eccitazione seguita da un improvviso rilassamento

DSM: ritardo o assenza / permanente o acquisita

- Esiste un significativo numero di donne (non quantificato) che non ha mai sperimentato un orgasmo coitale se non attraverso una stimolazione clitoridea:
in questi casi non parliamo di anorgasmia ma di una normale variazione della risposta sessuale femminile

Master e Johnson: la dicotomia fra orgasmo coitale e clitorideo non ha senso poiché sono entrambi indotti in modo prevalente dalla stimolazione (anche indiretta) del clitoride

(Freud: orgasmo clitorideo come segno di immaturità e nevrosi)

Diagnosi differenziale

- Uso di farmaci antidepressivi
- Patologie organiche: lesioni spinali, sclerosi multipla nella fase iniziale, diabete
- Depressioni anche di grado lieve

Prevalenza

- Tra i 35 e i 59 anni: dal 10% al 20% (forse il problema più diffuso nel sesso femminile)

Etiopatogenesi

- Correlazione tra ritardo nel menarca e anorgasmia
- Correlazione tra età del primo rapporto sessuale e anorgasmia
- Oppiacei e antidepressivi generano anorgasmia

Cause psicologiche:

- Ansia durante il rapporto
- Paure sessuali
- Traumi pregressi (abusi)
- Rapporto non adeguato con il partner
- Timore di perdere il controllo o di fare qualcosa di sconveniente

- Successivamente si trasforma in “ansia da prestazione” poiché la donna “insegue” l’orgasmo, distraendosi dalle sensazioni necessarie per favorirlo
- In alcuni casi: esperienze di inaffidabilità da parte dei primi oggetti d’amore (padre, primi partner), con conseguente paura di lasciarsi andare (paura di perdere il controllo)

In conclusione: “l’attività sessuale richiede un sufficiente **rilassamento** per accogliere la stimolazione sessuale e abbastanza **tensione** per produrre attivazione, eccitazione e orgasmo” (Heiman)

Terapia del Disturbo dell'Orgasmo Femminile

Il programma di LoPiccolo:

- Informazioni sull'anatomia e fisiologia sessuale con autosservazione (uso dello specchio)
- Esplorazione tattile dei genitali per abbassare l'ansia e individuare le aree più sensibili
- Autoerotismo in ambiente tranquillo previo rilassamento e uso dei lubrificanti
- Esercizi di Kegel
- Masturbazione con l'uso di fantasie sessuali
- Uso del vibratore
- Raggiunto l'orgasmo, si masturberà di fronte al partner
- Lui masturba lei
- Coito vero e proprio con “manovra a ponte” (Kaplan)
(esposizione graduata in vivo, training di abilità sessuali e shaping)

Disturbo dell'Orgasmo Maschile

Persistente o ricorrente ritardo o assenza dell'orgasmo dopo una normale fase di eccitazione: “eiaculazione ritardata” o “inibita”

Due tipi:

- Anorgasmia masturbatoria (mai orgasmo)
- Anorgasmia con orientamento autosessuale (la masturbazione è considerata come esperienza più soddisfacente del rapporto sessuale con il partner)

Diagnosi differenziale

Cause organiche:

- Eiaculazione retrograda: lo sperma viene scaricato nella vescica (si rileva attraverso esame delle urine; cause: lesioni del midollo, diabete, prostatectomia, antidepressivi)
- Orgasmo anejaculatorio (senza sperma; cause: ipotiroidismo, alcolismo)
- Depressione

Doppia diagnosi se presente altra disfunzione sessuale

Prevalenza

- 1% - 2% in popolazioni cliniche

Etiopatogenesi

Ansia da prestazione:

1. “Ce la farò a sostenere questa esperienza”?
2. Distrazione
3. Riduzione dell'eccitamento
4. Ritardo dell'orgasmo
5. Ansia da prestazione
6. Assenza dell'orgasmo

- Fobia per lo sperma (doppia diagnosi con D.A.S.): “se eiaculo lei avrà schifo di me”
- Paura del concepimento e della responsabilità (ansia)
- Problemi di coppia:
 - a) Aggressività repressa: la donna viene punita attraverso il sintomo
 - b) Inadeguatezza del partner
 - c) Post trauma: tradimento, essere stati visti durante l'accoppiamento

Trattamento del Disturbo dell'Orgasmo Maschile

A partire dalle cause etiopatogenetiche che si basano sulle teorie dell'apprendimento e sull'ansia, nei casi in cui l'anorgasmia si manifesta in presenza della partner, la Kaplan suggerisce:

- Esposizione graduata: dal masturbarci da solo in casa fino al rapporto penetrativo
- Focalizzazione sensoriale I e II

E' buona la prognosi per l'eiaculazione ritardata secondaria, è incerta la prognosi per l'eiaculazione ritardata primaria assoluta

L'Eiaculazione Precoce

Valutazioni quantitative:

- 15 spinte
- Dai 4 ai 7 minuti
- Inferiore a 4 minuti (LoPiccolo: durata media dei rapporti dai 4 ai 7 minuti)
- Meno di 11 minuti (Darling: un rapporto è considerato soddisfacente, su un campione di 700 donne, se è superiore agli 11 minuti)

Valutazione della coppia:

- Se non riesce a soddisfare la partner in almeno il 50% dei rapporti

criterio molto diffuso:

- Se nel 50% dei suoi rapporti non ha controllo volontario ed eiacula entro 2 minuti

Prevalenza

- Dal 36% al 38%: disfunzione sessuale più diffusa fra gli uomini

Etiopatogenesi

- Condizionamento: prime esperienze caratterizzate da nervosismo e rapidità
- Ansia e attivazione del sistema nervoso ortosimpatico che è il responsabile dell'eiaculazione
- Scarsa frequenza dell'attività sessuale (prima causa poi effetto)

Terapia dell'Eiaculazione Precoce

- Master e Johnson: Stop and Start
 1. Fase I: autoerotismo con stop per 1 minuto ripetuto per 4 volte, poi orgasmo (3 per w, per 2 w)
 2. Fase II: autoerotismo con rallentamento quando è prossimo all'orgasmo e prolungamento dell'esperienza fino a 15 minuti
 3. Fase III: come per la fase II ma con l'aggiunta di un lubrificante idrosolubile
 4. Fase IV: rapporto con coito inesigente e partner che si muove secondo il ritmo indicato da lui; quando l'eccitazione aumenta si usa la tecnica dello stop/start; prolungare oltre i 15 minuti

Disturbo del dolore genito-pelvico e della penetrazione

- A) Persistenti o ricorrenti difficoltà con uno (o più) dei seguenti problemi:
 1. Penetrazione vaginale durante il rapporto
 2. Marcato dolore vulvo-vaginale o pelvico durante il rapporto o i tentativi di penetrazione vaginale
 3. Marcata paura o ansia per il dolore pelvico o vulvo-vaginale prima, durante o come risultato della penetrazione vaginale
 4. Marcata tensione o contrazione dei muscoli del pavimento pelvico durante il tentativo di penetrazione vaginale

- B) I sintomi del criterio A si sono protratti come minimo per circa 6 mesi
- C) I sintomi causano un disagio clinicamente significativo
- D) La disfunzione sessuale non è meglio spiegata da un disturbo mentale di altro genere o come conseguenza di un grave disagio relazionale (violenza del partner) o di altri fattori stressanti, né attribuibile agli effetti di una sostanza/farmaco o condizione medica
- Tipo: Permanente/acquisito
- Gravità: lieve/moderata/grave

Daide Dettore

Psicologia e psicopatologia del comportamento sessuale

Psicologia e Psicopatologia del comportamento sessuale

P
Psicologia
McGraw-Hill