

## **La Gestalt-Analitica e la Sessuologia Clinica: verso un modello integrato per la cura delle disfunzioni sessuali**

*Francesca Fulceri, Rosa Spennato, Brunella Speranza, Silvia Rondinelli, Maria Carmina Viccaro,  
Sara Vitiello*

L'obiettivo del nostro gruppo di lavoro è quello di rileggere le tematiche sessuologiche all'interno del modello teorico cui tutte facciamo riferimento, la Gestalt Analitica appunto, obiettivo che ha trovato una sua ragione d'essere grazie alle riflessioni di una parte di noi con una formazione anche in sessuologia clinica e grazie alla collaborazione con l'Associazione Italiana di Sessuologia Clinica di Roma. L'intento comune è quello di trattare casi che presentano manifestazioni sintomatologiche nella sfera della sessualità, integrando l'approccio proposto dalla gestalt analitica con la sessuologia clinica.

Come evidenziato in letteratura, tuttora i sintomi sessuali vengono inquadrati utilizzando modelli che ricordano quello medico, soprattutto per quanto riguarda l'individuazione della loro eziologia perdendo così di vista, al tempo stesso, l'unitarietà dell'essere umano, la sua storia e l'importanza delle dinamiche che si attivano durante la relazione di aiuto psicologo-paziente nel processo di guarigione. I disturbi legati alla sfera sessuale ci ricordano, ancor più di altri disturbi psicopatologici, quanto sia falsata la distinzione tra gli aspetti psichici e quelli fisici della malattia: essi, infatti, generano alterazioni del senso di integrità psico-fisica e di identità soggettiva dell'individuo nonché delle relazioni interpersonali. Una distinzione tra le patologie sessuali e le altre situazioni patologiche riguarda, in gran parte, il differente grado di investimento emotivo che un organo sessuale riceve rispetto ad altri organi del corpo e al significato simbolico assunto da una patologia sessuale rispetto ad altre malattie, anch'esse inquadrabili all'interno della dimensione psicosomatica.

La definizione dei disturbi sessuali ha spesso comportato una notevole confusione in campo medico-sessuologico, confusione che dal piano più strettamente teorico si riflette anche su quello clinico, sia in termini di diagnosi che di trattamento terapeutico idoneo alla soluzione del problema individuato.

Tutto ciò è ampiamente determinato dalla difficoltà di stabilire con precisione la natura eziologica dei disturbi sessuali, viste le numerose implicazioni che questi comportano, sul piano organico, funzionale, interpersonale e intrapsichico.

Dal nostro punto di vista i sintomi, di qualsiasi natura essi siano, sono messaggi di una realtà non conosciuta o non accettata e rappresentano punte di iceberg, di un vissuto al quale non siamo riusciti a dare un nome e che preme per avere la nostra attenzione. Jung parlerebbe di *aspetti ombra* e Perls di parti *alienate del sé* che si esprimono attraverso il linguaggio non verbale; come ogni forma di comunicazione anche il sintomo ha bisogno di ascolto e non semplicemente di essere inserito in una sterile linearità causa-effetto.

Il nostro obiettivo vuole considerare, nella cura delle disfunzioni sessuali, l'importanza della relazione paziente/terapeuta conservando l'aspetto dinamico della relazione co-transferale come parte integrante della cura stessa, uscendo da un'ottica lineare e causale dell'eziologia delle disfunzioni sessuali a favore di un'ottica circolare molto più complessa, come ad esempio il lavoro con i comportamenti perversi, dove è necessario approfondire e dare nuova luce alla natura e allo sviluppo di una perversione. Le perversioni hanno una loro specifica struttura psichica comprendente per un verso, elementi nevrotici o psicotici ma per un altro verso, la compatibilità con la normale esistenza. Ciò non significa che le formazioni perverse non abbiano un carattere patologico ma, tale considerazione, chiarisce la realtà delle perversioni nel vissuto del pervertito: non sono semplicemente una malattia o qualcosa di estraneo alla sua sensibilità e alla sua personalità che è specifica della storia di quel paziente.

Il termine sessuologia risale al 1907, fu Iwan Bloch a coniarlo ma è solo nella metà dell'800 che la sessualità inizia ad avere una propria identità liberandosi dal dominio della religione e della filosofia per divenire oggetto della medicina positivista.

In principio, l'interesse venne rivolto a tutte quelle forme di sessualità definite devianti; uno dei primi testi a parlarne "*Psychopathia sexualis*" di Von Krafft-Ebing è del 1869.

Successivamente, grazie ai contributi di Havelock Ellis (1897) Albert Moll (1912) e soprattutto di Freud, si incomincia a pensare e a scrivere di una sessualità funzionale e di studi sullo sviluppo psico-sessuale nell'uomo.

Nel 1905 Freud, rielaborando la sua teoria che ipotizzava traumi reali alla base delle nevrosi e sostenendo, invece, l'esistenza di fantasie e desideri riguardanti la pulsione sessuale nell'eziologia della stessa nevrosi, affermò il ruolo fondamentale e centrale della sessualità nella psiche di ogni individuo, una sfera non esclusiva dell'adulto ma appartenente anche al mondo infantile. La sua rivoluzionaria teoria prevedeva, infatti, la considerazione del bambino come perverso polimorfo

W. Reich sostenne che la libido è un'energia biologica che trae origine da quella cosmica che chiama energia orgonica. Nel 1924 introdusse il concetto di potenza orgastica che è la capacità di abbandono totale del soggetto e, secondo le sue ricerche, la nevrosi interveniva proprio per l'incapacità di abbandono all'esperienza emozionale ed energetica dell'orgasmo sessuale.

Nel 1954 un medico William H. Masters e sua moglie Virginia E. Johnson specialista in scienze del comportamento fecero il primo importante studio sulla fisiologia della risposta sessuale maschile e femminile. Le loro ricerche, condotte per oltre 11 anni, aprirono la strada per lo studio della sessuologia moderna. Studiando la fisiologia della risposta sessuale nell'uomo e della donna, formularono ipotesi ben definite sul piano diagnostico, sia su quello terapeutico delle disfunzioni sessuali. La connotazione psicosomatica che diedero alla sessuologia, richiama l'attenzione di psichiatri, ma anche di urologi e ginecologi creando le premesse per quella che sarebbe stata la linea interdisciplinare nell'approccio a questo campo. La ricerca li portò in seguito, a creare il loro modello di trattamento delle varie disfunzioni sessuali. Si trattava di interventi piuttosto brevi, generalmente due settimane di trattamento di tipo residenziale, una full immersion nella clinica dei due coniugi con l'utilizzo di tecniche di derivazione comportamentista. È da questo momento in poi che possiamo far risalire la nascita della terapia sessuale che ha come oggetto la cura delle disfunzioni sessuali.

Successivamente, altri Autori oltre oceano hanno contribuito a sviluppare diverse forme di intervento per la cura delle difficoltà in ambito sessuale. La più importante fu Helen Singer Kaplan, psichiatra psicoanalista, che rivide le fasi del ciclo della risposta sessuale e la classificazione dei disturbi sessuali (1974, 1979) proponendo un programma di intervento che utilizzava l'integrazione di tecniche di derivazione comportamentista, già adoperate dai coniugi Masters e Johnson, affiancate a strumenti derivati dalla teoria psicoanalitica e dalla terapia relazionale.

In Italia, la terapia sessuale è stata introdotta negli anni '70, le tecniche ed i metodi d'intervento non sono molto discostati dai colleghi americani.

La sessualità è un'espressione psicosomatica ed è per questo motivo che nasce il nostro interesse ed il nostro desiderio di riflettere attraverso la clinica, per creare una chiave di lettura gestalt-analitica che porta con sé il concetto di unità del corpo e della psiche, della sua circolarità nella storia di quel paziente.