

L' INTEGRAZIONE DI SESSO E ATTACCAMENTO NELLA TERAPIA DI COPPIA FOCALIZZATA SULLE EMOZIONI

Susan Johnson and Dino Zuccarini

Università di Ottawa

[Traduzione italiana a cura di: Giulia Altera, Federica Latta, Angelo Martucci, Marta Morreale, Cecilia Pompei]

In questo articolo il funzionamento sessuale viene situato nel contesto dell'amore come legame di attaccamento. La teoria dell'attaccamento offre la teoria più coerente ed empiricamente validata di amore adulto ed è qui riassunta insieme alle implicazioni della teoria per la pratica di terapia di coppia in cui sono spesso presenti problemi sessuali. Vengono poi delineate le recenti ricerche su attaccamento e sessualità ed esposto un modello di sessualità sana in cui attaccamento e sessualità sono integrati. I principi di un approccio ai problemi sessuali basato sull'attaccamento sono qui esposti facendo riferimento alla terapia di coppia focalizzata sulle emozioni. Sono incluse descrizioni di casi e brevi trascrizioni di sedute.

Nell'introduzione alla quarta edizione del classico testo *Principi e Pratica della Terapia Sessuale*, Leiblum (2007) nota che c'è stato un riconoscimento sempre maggiore del bisogno di un approccio integrato per il trattamento dei disturbi sessuali. Paradossalmente l'introduzione di medicine assunte per via orale ha reso evidente che "è improbabile che concentrarsi nel trattamento dei soli organi genitali porti ad una risoluzione dei problemi a lungo termine" (pag. 7). Focalizzarsi sul contesto relazione è essenziale. Il successo di interventi psicologici focalizzati su partner individuali è chiaramente associato a fattori relazionali. In uno studio britannico sulla disfunzione erettile (Hawton, Catalan, & Fagg, 1992) il successo della Focalizzazione Sensoriale e di tecniche di stimolazione sessuale graduale era determinato in gran parte da come le coppie valutavano la qualità della loro comunicazione prima del trattamento. Come notato da Masters e Johnson (1970), in un matrimonio in cui sia presente un qualche tipo di inadeguatezza sessuale non può esserci un partner completamente non coinvolto.

Proprio quando nel campo della terapia sessuale si ritorna a riconoscere il potere della relazione in cui avviene il sesso, i terapeuti di coppia stanno riconoscendo il potere dei comportamenti sessuali nel determinare la qualità delle relazioni amorose. Mentre i partner soddisfatti attribuiscono solo tra il 15% e il 20% della loro felicità ad una vita sessuale appagante, i partner infelici attribuiscono il 50-70% del loro disagio ai problemi di tipo sessuale (McCarthy & McCarthy, 2003). I problemi sessuali spesso riflettono e poi attivamente amplificano il conflitto nella relazione. Amplificano anche la distanza. Una volta che il contatto sessuale si estingue, spesso anche i contatti sensuali e affettuosi si estinguono. I terapeuti di coppia quasi inevitabilmente trovano che le ansie di tipo sessuale, i conflitti e le deprivazioni fanno parte del disagio relazionale. Mentre alcuni terapeuti si concentrano sui problemi di relazione e sono convinti che una volta che i partner vadano più d'accordo i problemi sessuali si risolveranno da soli, molti terapeuti di coppia cercano di aiutare attivamente le coppie ad affrontare in modo specifico le difficoltà sessuali come parte del processo di riparazione della relazione e di prevenzione delle ricadute, specialmente quando è chiaro che la relazione contribuisce alle difficoltà di funzionamento sessuale dei partner e che queste difficoltà non sono solamente causate da problemi fisici o

organici. Il confine tra terapia sessuale e terapia di coppia sta diventando sempre più sottile.

Tuttavia nella sfera della sessualità gli interventi di coppia tendono ancora ad essere limitati o “orientati al problema” (Heiman, 2007), forse perché c’è poca chiarezza su quali siano i fattori relazionali generali importanti nella definizione di disturbi sessuali o di appagamento. Per quanto riguarda un quadro generale che possa essere esplicativo, i problemi sessuali sono stati spesso visti come derivati dall’ansia di un partner singolo aggravata da pattern di interazione negativi oppure da troppa “fusione emotiva” o “invischiamento” all’interno di una relazione di coppia che si presuppone soffochi l’erotismo e il desiderio (Schnarch, 1997). Nessuna di queste spiegazioni mette i comportamenti sessuali nel contesto di una teoria di amore adulto sistematica e ben supportata dalla ricerca che offra al terapeuta di coppia sia una mappa dei problemi sessuali e relazionali della coppia e sia una guida chiara che porti alla risoluzione di questi problemi.

In questo articolo il funzionamento sessuale viene posto nel contesto della teoria dell’attaccamento e nel processo della terapia di coppia focalizzata sulle emozioni (EFT), un approccio validato empiricamente per la riparazione delle relazioni in difficoltà che si concentra sulle relazioni adulte come legami di attaccamento (Johnson, 2004, 2008, 2009). L’EFT dimostra risultati eccellenti; la ricerca mostra che il 70-73% delle coppie in difficoltà non sono più in difficoltà al termine della terapia e che l’86% riporta miglioramenti significativi nella relazione (Johnson, Hunsley, Greenberg, & Schindler, 1999). Sembra che i risultati rimangano stabili anche al follow-up, persino per le coppie ad alto rischio o per coloro che si trovano in momenti di stallo significativi o che presentano ferite relazionali (Clothier, Manion, Gordon-Walker, & Johnson, 2002; Makinen & Johnson, 2006).

L’AMORE DAL PUNTO DI VISTA DELL’ATTACCAMENTO

Il punto di vista dell’attaccamento (Bowlby, 1969, 1988; Mikulincer & Shaver, 2007a, 2007b) offre al terapeuta di coppia una teoria di amore adulto comprensiva, normativa ed empiricamente validata che è anche abbastanza specifica da includere esperienze e differenze individuali. È una teoria sistemica che si focalizza sui pattern di interazione e su come il comportamento di ciascun partner inevitabilmente scatena quello dell’altro in una serie di circoli di feedback. È anche una teoria di sviluppo individuale e di regolazione delle emozioni. La teoria dell’attaccamento offre al terapeuta di coppia un punto di vista sulla relazione focalizzato ed integrato, degli obiettivi chiari, un modello di relazione e di benessere sessuale e una mappa per interventi efficaci (Johnson, 2003).

Le formulazioni originali della teoria dell’attaccamento adulto (Shaver, Hazan, & Bradshaw, 1988) dividono l’amore in tre sistemi di comportamento separati: l’attaccamento che riguarda la ricerca di vicinanza, la sofferenza nella separazione e l’utilizzo della figura di attaccamento come porto sicuro davanti alle difficoltà, all’accudimento e al sesso. Tra questi tre sistemi, separati ma connessi, il sistema di attaccamento che si focalizza sul senso di sicurezza e sulla connessione emotiva percepita con l’altro, è considerato il predominante e fornisce l’impalcatura per lo sviluppo e l’attuazione degli altri due. Nei momenti di pericolo o disconnessione dalla figura di attaccamento, il sistema di attaccamento si attiva e prende il controllo nell’organizzazione delle risposte comportamentali per ottenere la connessione emotiva e ripristinare il senso di sicurezza.

Susan Johnson, EdD, Professor of Psychology, University of Ottawa, and Director of the Ottawa Couple and Family Institute; Dino Zuccarini, BA (Honors), is a psychology doctoral student at the University of Ottawa.

Nel corso di una relazione l'accudimento o la sessualità possono divenire predominanti in diversi momenti. Per esempio all'inizio, nella fase di "infatuazione" in una relazione adulta, l'attrazione sessuale avvicina i partner e i rapporti sessuali contribuiscono allo sviluppo dei legami di attaccamento. In seguito, nella relazione, il supporto emotivo e l'attaccamento generalmente divengono predominanti (Hazan & Zeifman, 1994). L'importanza della sessualità nel mantenimento del legame può variare in base ai partner individuali e alla coppia. Tuttavia nel corso della vita la sessualità e l'accudimento vengono sentite, espresse e attuate in modo differente in coloro che hanno un attaccamento sicuro rispetto a coloro che hanno un attaccamento insicuro (Diamond & Blatt, 2007; Mikulincer & Shaver, 2007a, 2007b). Anche Bowlby (1969), il fondatore della teoria dell'attaccamento, riteneva che, col progredire del processo di sviluppo, ciascun sistema di comportamento e l'interazione con gli altri due divenissero più complessi e più interconnessi. In una relazione, i vissuti e le risposte sessuali si verificano nel contesto dei sistemi di attaccamento e accudimento. Uno dei principali compiti dell'età adulta può essere visto come l'integrazione funzionale di questi tre sistemi.

La teoria dell'attaccamento afferma che la ricerca e il mantenimento di un senso di connessione emotiva con il partner è un principio motivante innato e primario negli esseri umani nel corso della vita. La presenza fisica o rappresentativa di figure di attaccamento offre un senso di comfort e di sicurezza, mentre la percezione di inaccessibilità di queste figure crea sofferenza. Gli attaccamenti positivi creano un *porto sicuro* che offre un cuscinetto di protezione contro gli effetti dello stress e dell'incertezza (Mikulincer, Florian, & Weller, 1993) e un contesto ottimale per il continuo sviluppo di una personalità matura, flessibile e ricca di risorse. Un attaccamento sicuro offre anche una *base sicura* da cui gli individui possono esplorare il loro mondo e rispondere in modo appropriato al loro ambiente. Questo promuove la fiducia in se stessi (Feeney, 2007) necessaria per rischiare, imparare e adattarsi a nuovi segnali e contesti. La connessione sicura con una figura di attaccamento rafforza la capacità di fare un passo indietro e riflettere su di sé e sullo stato mentale dell'altro (Fonagy & Target, 1997). Gli individui con un attaccamento sicuro sono più capaci di correre rischi emotivi per avvicinarsi agli altri in modo empatico e fornire loro supporto (Feeney & Hohaus, 2001; Simpson, Rholes, Orina, & Grich, 2002) e più capaci di affrontare i conflitti e lo stress. L'attaccamento sicuro favorisce l'autonomia (Feeney, 2007). Più siamo connessi in modo sicuro, più possiamo essere separati e diversi. Secondo questo modello essere sani vuol dire avere un senso percepito di interdipendenza, più che un impegno a raggiungere "l'autosufficienza." Le relazioni sicure tendono ad essere più felici, più stabili e più soddisfacenti.

L'emozione è centrale per l'attaccamento. Nel corso della vita i blocchi con cui si costruisce un legame sicuro sono l'accessibilità emotiva e la responsività. La responsività emotiva è risultata un predittore potente della qualità futura della relazione nelle coppie appena sposate (Huston, Caughlin, Houts, Smith, & George, 2001). La teoria dell'attaccamento normalizza molte delle emozioni estreme che accompagnano i momenti di sofferenza nelle relazioni. In tutti i primati, la perdita di connessione con una figura di attaccamento induce un particolare tipo di paura – un panico primario (Panksepp, 1998) aumentando i bisogni di attaccamento e quindi la ricerca della vicinanza. Un senso di connessione con una persona amata è un meccanismo interiore primario di regolazione emotiva.

Se i comportamenti di attaccamento non riescono ad evocare nella persona amata una responsività in grado di confortare, si verifica un processo prototipico di sofferenza da separazione. Questo comprende arrabbiate proteste per la disconnessione, comportamento di aggrappamento, depressione e disperazione, che alla fine culminano in dolore e distacco

emotivo. Bowlby riteneva che la rabbia nelle relazioni intime fosse spesso un tentativo di connettersi con una persona amata apparentemente inaccessibile. Distingueva tra la rabbia della speranza in cui ci si aspetta una possibile risposta e la rabbia dell'avvilimento che diventava coercitiva e disperata. Nelle relazioni sicure la protesta per la percepita inaccessibilità viene riconosciuta ed accettata (Holmes, 1996). Un terapeuta orientato all'attaccamento considera molte risposte emotive estreme nelle coppie in difficoltà come panico primario di attaccamento o risposte reattive secondarie a questo panico. Per esempio in una terapia di coppia basata sull'attaccamento un partner che è estremamente arrabbiato ed esige rapporti sessuali tre volte al giorno viene guidato non solo a comprendere come queste richieste rendano difficile per sua moglie sentire desiderio sessuale e rispondergli, ma anche ad accedere alla sua paura profonda di essere sul punto di essere abbandonato e al suo sentire che solo facendo l'amore può sentirsi rassicurato e sicuro.

La teoria dell'attaccamento definisce anche i pattern delle differenze individuali che si riscontrano quando si ha a che fare con bisogni ed emozioni di attaccamento. Nelle relazioni sicure la connessione col partner stabilisce un senso di omeostasi delle emozioni. I dolorosi momenti di disconnessione e di sofferenza emotiva sono temporanei e i bisogni e le paure possono essere coerentemente espressi e affrontati. Nelle relazioni insicure ci sono strategie limitate per affrontare una risposta negativa alle domande: "Ci sei tu per me, mi risponderai quando avrò bisogno di te?" e "Posso affidarmi a te e tu dai valore a me e alla connessione con me?"

Nella prima strategia più ansiosa, nei momenti di percepita disconnessione l'ansia di attaccamento e l'intero sistema di attaccamento diventano iperattivati. I comportamenti di attaccamento si intensificano e aumentano l'aggrapparsi ansioso e persino i tentativi aggressivi per ottenere una risposta dalla persona amata. Anche quando la persona amata risponde, può accadere che non ci si fidi completamente di questa risposta e che rimanga una ipersensibilità emotiva ai segnali della relazione. Questa risposta può essere temporanea o può divenire cronica e svilupparsi in un pattern cronico di attaccamento ansioso che diventa il modo tipico di rispondere ai comportamenti del partner. Quando la speranza di ottenere una risposta è perduta, la seconda strategia, quella più evitante per affrontare la mancanza di coinvolgimento emotivo sicuro, è quella di deattivare e sopprimere le emozioni e i bisogni di attaccamento, evitando il coinvolgimento emotivo. Sfortunatamente la soppressione della parte emotiva è un lavoro faticoso ed inefficace, che spesso risulta in un aumento dell'arousal fisiologico e della tensione, non solo nell'individuo, ma anche nei partner (Gross, 2001). Se questo stile di regolazione emotiva diventa generalizzato produce nell'individuo un'interruzione della consapevolezza delle sue risposte e dei suoi bisogni emotivi, tagliando fuori anche il partner. Più uomini che donne adottano questo stile di attaccamento evitante (Levy, Blatt, & Shaver, 1998). Queste due strategie insicure, l'ansiosa intensificazione dei segnali emotivi insieme ad un aggrapparsi ipervigile e l'evitamento distaccato, portano alla richiesta di risposte rassicuranti all'amante. Questi stili o strategie sono "pattern di interazione sociale e di regolazione emotiva che si automantengono" (Shaver & Clarke, 1994, p. 119). Mentre queste forme di interazione abituali possono essere modificate da nuove relazioni, possono anche plasmare le relazioni in corso e divenire così autopertuanti.

Gli stili di attaccamento influenzano molti dei comportamenti nelle relazioni chiave perché scoliscono la natura del coinvolgimento emotivo con gli altri. In particolare sembrano plasmare le risposte ai conflitti e il modo in cui la persona ricerca e offre sostegno. Coloro che hanno uno stile sicuro sono in generale più felici e più capaci di chiedere e fornire sostegno (Simpson, Rholes, & Nelligan, 1992; Simpson, Rholes, & Phillips, 1996). Hanno relazioni più strette, più stabili, con più fiducia e più soddisfacenti (Collins & Read, 1990; Simpson, 1990). Possono meglio prendere coscienza e meglio comunicare i propri bisogni ed è meno probabile che si mostrino aggressivi verbalmente o

ritirati durante la risoluzione dei problemi (Senchak & Leonard, 1992). La ricerca suggerisce che le coppie in cui almeno uno dei due partner è sicuro sono più armoniose e hanno meno interazioni conflittuali (Cohn, Silver, Cowan, Cowan, & Pearson, 1992).

Anche le rappresentazioni interne o i modelli operativi interni di sé e dell'altro costituiscono una parte fondamentale della teoria dell'attaccamento. Questi modelli sono usati per guidare la percezione e prevedere il comportamento degli altri. L'attaccamento sicuro è caratterizzato da un modello operativo di sé come degno di amore e di cura e che è sicuro di sé e competente e da un modello dell'altro come affidabile e degno di fiducia. Sono modelli formati, mantenuti, e, più importante nelle coppie, revisionati tramite la comunicazione emotiva (Davila, Karney, & Bradbury, 1999).

La teoria dell'attaccamento descrive le risposte umane di base, particolarmente i bisogni e le paure che strutturano i legami a lungo termine, il contesto primario per la costruzione in atto del comportamento sessuale nel corso della vita. Collega specifiche risposte emotive e modelli cognitivi a comportamenti chiave, voltarsi verso, contro o via dal partner. Offre una nuova comprensione inclusiva dell'amore romantico (Johnson, 2008a, 2008b) e una mappa per gli eventi chiave fondamentali emotivamente "caldi" che sembrano definire le relazioni in cui le identità individuali, incluso le identità sessuali, sono formate. Questo include momenti ricorrenti chiave di disconnessione emotiva palpabile dove le reazioni emotive attivano i cicli negativi maggiormente associati con la sofferenza e la separazione nella relazione, come ad esempio la richiesta e il ritiro (Gottman, 1994) e momenti chiave positivi di legame che ristabiliscono la connessione e creano nuove emozioni positive. Riassumendo, la teoria dell'attaccamento fornisce al terapeuta di coppia obiettivi chiari, un focus e una bussola nel processo di cambiamento, e un linguaggio per le situazioni in cui si presenta un dilemma e i momenti di impasse nelle relazioni amorose (Johnson, 2007). Fornisce una cornice di base in cui i comportamenti sessuali possono essere compresi e che chiarisce i modi in cui questi comportamenti riflettono e creano pattern di interazione dentro e fuori dalla camera da letto.

Attaccamento e sesso

Negli ultimi anni, è emerso un crescente corpo di ricerca che collega il contesto relazionale di coppia alla sessualità di coppia. L'attaccamento è potente nel colorare e strutturare l'esperienza sessuale di sé e quella di relazione. Un attaccamento sicuro facilita un "impegno rilassato e fiducioso" nel sesso (Mikulincer e Shaver, 2007b). La natura della sicurezza e le ricerche sugli effetti della sicurezza dell'attaccamento suggeriscono che un partner sicuro sarà in grado di comunicare più apertamente, affermare più facilmente i propri bisogni, essere più empatico e responsivo nei confronti del suo partner, e capace di esplorare la vicinanza fisica ed emotiva dentro e fuori la camera da letto. Infatti, l'ansia e l'evitamento sono collegati in molti studi con sentimenti meno positivi e più negativi durante il sesso (ad esempio, Birnbaum, Reis, Mikulincer, Gillath, & Orpaz, 2006). Livelli più alti di ansia sono collegati a livelli più bassi di eccitazione, intimità e piacere. L'insicurezza è associata a un numero inferiore di orgasmi nelle donne e a una minore soddisfazione sessuale sia negli uomini che nelle donne (Birnbaum, 2007). I partner ansiosi quando avvertono insoddisfazione sembrano concentrarsi su fattori emotivi come la mancanza di romanticismo, mentre i partner più evitanti si concentrano sugli aspetti fisici del sesso (Davis et al., 2006).

Nel corso della storia di una relazione di coppia, si verificano occasioni di frustrazione, fallimento e differenze nel desiderio e nell'eccitazione dei singoli partner. Il modo in cui queste frustrazioni e differenze vengono affrontate e come impattano la relazione nel suo complesso, così come i livelli di desiderio, eccitazione, orgasmo e soddisfazione nei

futuri incontri sessuali, saranno influenzati dal senso di sicurezza di ciascun partner nella relazione e dalle strategie di attaccamento conseguenti. In generale, i modi di regolare ed esprimere le emozioni giocano un ruolo chiave nell'esperienza sessuale e nelle interazioni. Come nota Heiman (2007, p. 100), "le interazioni regolate dagli affetti sono predominanti negli incontri sessuali per via dell'enfasi sul desiderio, l'eccitazione e la comunicazione non verbale".

Strategie di attaccamento e impegno sessuale

C'è ora un crescente numero di ricerche sulla relazione tra le strategie di attaccamento e l'impegno nella sessualità. Per esempio, nei giovani adulti, l'attaccamento evitante sembra essere associato a una minore frequenza di rapporti sessuali e a una maggiore masturbazione solitaria (Bogaert & Sadava, 2002). Nelle relazioni di coppia, è stato riportato che gli uomini e le donne evitanti fanno sesso meno spesso e cercano di evitare il sesso con il loro partner (Brassard, Shaver, & Lussier, 2007). Gli evitanti hanno anche atteggiamenti più positivi verso il sesso occasionale senza emozioni e le "storie di una notte" (Stephan & Bachman, 1999), tendono a dividere il sesso dall'amore e dall'impegno, e generalmente prediligono relazioni a breve termine (Gillath & Schachner, 2006). Negli uomini, l'ansia da attaccamento e l'evitamento sembrano rendere più probabile nelle relazioni sessuali l'uso della forza fisica e di strategie coercitive (Smallbone & Dadds, 2000). L'insicurezza si traduce in difficoltà nell'articolare i bisogni di amore e di attenzione; quindi il comportamento sessuale esigente può essere una forma di comportamento di "protesta" innescato dalle paure dell'attaccamento e usato come un tentativo di affrontare le paure di attaccamento attraverso la coercizione e il controllo. In generale, le strategie di attaccamento sono associate a motivazioni diverse per impegnarsi nel sesso. I partner più sicuri identificano una maggiore vicinanza come motivo principale per il sesso, mentre le persone con attaccamento ansioso riferiscono di fare sesso per ottenere la rassicurazione del partner ed evitarne il rifiuto. Gli adulti evitanti sostengono motivazioni di auto-esaltazione; fanno sesso per inserirsi nel gruppo o per potersene vantare (Davis, Shaver, & Vernon, 2004; Schachner & Shaver, 2004).

In termini di efficacia e fiducia, alti punteggi sull'ansia da attaccamento e sull'evitamento sono associati a più basse percezioni dell'attrattiva fisica e dell'autostima sessuale e a maggiori percezioni che il sesso sia controllato dall'altro partner o da fattori situazionali (Bogaert & Sadava, 2002; Feeney, Peterson, Gallois, & Terry, 2000; Shafer, 2001). I partner insicuri hanno anche maggiori probabilità di riportare problemi nella comunicazione sessuale (Davis et al., 2006). L'insicurezza è associata a maggiori preoccupazioni per le prestazioni sessuali e a una minore disponibilità a sperimentare sessualmente all'interno di una relazione romantica (Birnbaum et al., 2006; Hazan, Zeifman, & Middleton, 1994).

Sempre più studi suggeriscono che la sicurezza dell'attaccamento influisce significativamente sul modo in cui ci avviciniamo e coinvolgiamo il partner nel sesso. La sicurezza avrà anche un impatto sul modo in cui gli incontri sessuali contribuiscono al processo di definizione della relazione. I partner con attaccamento ansioso generalmente danno più peso agli eventi relazionali quotidiani quando giudicano la qualità delle loro relazioni e sono più sensibili a qualsiasi segnale che implichi cambiamenti nella percezione del rifiuto o del supporto (Camp-Bell, Simpson, Boldry, & Kashy, 2005; Fraley & Shaver, 2000). La nostra esperienza clinica dimostra che i partner con attaccamento ansioso sono ipersensibili a qualsiasi apparente mancanza di desiderio sessuale, eccitazione, orgasmo o soddisfazione nei loro partner, prendendola

come segno di imminente abbandono, e che questi partner fanno molto affidamento sul sesso per soddisfare i loro bisogni di attaccamento. Infatti, un recente studio ha scoperto che fare sesso ha un impatto sulla valutazione della qualità del rapporto tra i partner altamente ansiosi, ma non tra i partner più sicuri. Tuttavia, negli uomini ansiosi il solo fare sesso sembrava migliorare la loro visione della relazione. Nelle donne, la qualità dell'incontro sessuale era invece importante. I loro sentimenti su di esso dovevano essere positivi perché questo accadesse (Birnbaum et al., 2006). Questi dati sembrano riflettere il perenne dialogo tra partner maschi e femmine in difficoltà, dove le donne vogliono sentirsi vicine e poi fare l'amore per esprimere questi sentimenti di vicinanza, mentre gli uomini vogliono fare l'amore affermando che l'atto sessuale stesso creerà sentimenti di connessione e vicinanza.

Sana sessualità di coppia: Una prospettiva di attaccamento

La sessualità sana può essere vista da molte prospettive. In questa sezione, consideriamo la sessualità dalla prospettiva dell'attaccamento. In generale, i partner con attaccamento insicuro ansioso sembrano scartare il sesso di per sé per concentrarsi sugli aspetti dell'attaccamento nel contatto sessuale. I partner con attaccamento insicuro evitante, che vedono gli altri come inaffidabili e poco attendibili, tendono a concentrarsi sul proprio piacere e sull'atto sessuale e a scartare gli aspetti di connessione emotiva del sesso. Ai partner evitanti non piacciono i comportamenti affettuosi come baci e coccole, mentre i partner ansiosi sembrano concentrarsi sull'affetto e preferirlo all'attività sessuale (Gillath & Schachner, 2006; Hazan et al., 1994).

L'essenza di una relazione romantica positiva e sicura sembrerebbe integrare i tre sistemi a cui Bowlby fa riferimento, attaccamento, cura e sesso, a livello intrapsichico e interpersonale. Il piacere sessuale è allora multidimensionale. Il desiderio e la passione possono essere infusi o fluire nell'affetto e nell'intimità.

L'integrazione della sessualità e dell'attaccamento deve iniziare con il sistema di attaccamento e la creazione di una connessione emotiva sicura. Come afferma Heiman (2007), "Poiché ogni atto sessuale è un'esplorazione del corpo e della mente propri e dell'altro, se i bisogni di attaccamento non sono soddisfatti, l'eccitazione sessuale sarà compromessa". Questo autore menziona solo l'eccitazione, ma il suo commento sembra potersi applicare a tutte e quattro le componenti del funzionamento sessuale: desiderio, eccitazione, orgasmo e soddisfazione. L'implicazione qui è che l'attaccamento sicuro, caratterizzato da sintonia e risposta ai segnali emotivi e fisiologici, è il miglior fondamento per il sesso soddisfacente e che il sesso soddisfacente e il senso di sicurezza si rafforzano a vicenda. Quando i partner sono emotivamente accessibili, responsivi e coinvolti, il sesso può diventare un gioco intimo, un'avventura sicura (Johnson, 2008a, 2008b). Questo può essere particolarmente vero per le partner donne, a causa della natura altamente contestuale del desiderio femminile (Basson, 2007).

L'eccitazione richiede rilassamento per accogliere la stimolazione e l'orgasmo richiede tensione ed eccitazione ma anche capacità di lasciarsi andare e arrendersi alle sensazioni. Studi di neuroimaging mostrano che l'orgasmo, almeno nelle donne, comporta la disattivazione delle regioni ippocampali del cervello associate all'ansia (Bartels & Zeki, 2004). L'orgasmo e il tocco amorevole sono anche fattori scatenanti per l'ossitocina, l'ormone delle coccole (Carter, 1998) associato ai comportamenti di legame. Questo neurotrasmettitore induce piacere, calma e soddisfazione, riducendo attivamente il rilascio di ormoni dello stress come il cortisolo. Uno degli elementi più basilari della sessualità, il tatto, integra il linguaggio della sessualità e dell'attaccamento. Il tatto eccita, ma anche calma e conforta.

Il punto di vista sopra esposto va contro il concetto popolare e costantemente ribadito che la familiarità, la prevedibilità e la disponibilità in una relazione sono antitetiche alla passione che richiede un certo tipo di pericolo, brivido e novità. La sicurezza dell'attaccamento può quindi essere vista come antitetica alla soddisfazione sessuale ottimale. Questo punto di vista fa parte della cultura del romanticismo ed è accettato da molte coppie semplicemente come un dato di fatto. La soluzione alla noia sessuale apparentemente inevitabile e alla crescente insoddisfazione nelle relazioni a lungo termine è quindi quella di concentrarsi sulla tecnica sessuale o in qualche modo iniettare distanza o novità sessuale in una relazione. Sfortunatamente, questo spesso manca semplicemente il bersaglio. Non favorisce la sintonizzazione con il partner o la capacità di essere emotivamente presenti o responsivi. L'attenzione focalizzata e il pieno impegno nel momento, tuttavia, tendono ad aumentare l'eroticismo e possono superare i problemi tecnici (Klein-Platz, 2001).

Difficoltà di coppia e problemi sessuali

In molte relazioni in crisi, i partner sono intrappolati in cicli di richiesta critica e ritiro difensivo, sia in generale che nelle interazioni sessuali. Il partner più esigente, più spesso quello femminile, ha di solito un attaccamento più ansioso, e cerca rassicurazione e affetto fuori e dentro la camera da letto, mentre il partner più ritirato, di solito il maschio, può iniziare il contatto sessuale ma evitare la vicinanza e rimanere distante emotivamente. Per ogni partner in questo ciclo di disagio e di attaccamento insicuro, le esperienze sessuali diventano unidimensionali. L'obiettivo per uno è la sensazione e la prestazione e per l'altro è l'affetto e la rassicurazione. La sessualità diventa allora un luogo di crescente alienazione e ansia. In questa situazione la soluzione, almeno per un terapeuta EFT, è quella di de-escalare questi cicli negativi e strutturare interazioni di legame sicure. Nuovi livelli di sicurezza emotiva e di connessione favoriranno poi esperienze sessuali più positive e integrate. Questo sembra avvenire naturalmente, ma può anche essere favorito dal terapeuta. Per esempio, un marito ritirato può iniziare a rivelare come vuole sentirsi desiderato dalla sua partner e come ora eiacula velocemente per evitare qualsiasi segnale di delusione o rifiuto da parte della sua partner. Condivide che chiede solo sesso perché non sa come iniziare la vicinanza in altri modi. Questa rivelazione cambia il modo in cui è percepito dal suo partner e favorisce la condivisione reciproca della loro relazione sessuale ed emotiva. La creazione di maggiori livelli di sicurezza dell'attaccamento e di soddisfazione relazionale apre nuove possibilità nell'interazione sessuale di una coppia.

Comprendere l'amore come attaccamento fornisce un'immagine di relazione e di sessualità sane ed ottimali. In una relazione sicura, la responsività emotiva, il tocco tenero e il gioco erotico si possono unire. Stern (2004) osserva che gli amanti sicuri sono in sintonia l'uno con l'altro, percependo lo stato interiore e l'intenzione dell'altro e rispondendo reciprocamente ai mutevoli stati di eccitazione nello stesso modo in cui una madre empatica è in sintonia con il suo bambino. Gli indizi non verbali, i sospiri, lo sguardo e il tocco portano segnali squisitamente coordinati. Il conseguente senso di legame profondo crea una "sincronia" dove la connessione emotiva, fisica e sessuale può essere integrata. In questi momenti, la sicurezza emotiva modella la sincronia fisica e la sincronia fisica incarna la sicurezza emotiva (Johnson, 2008, 2009). Il brivido offerto dalla sicurezza dell'attaccamento è l'apertura alla connessione e all'esplorazione momento per momento con un partner impegnato e la capacità di abbandonarsi alle sensazioni senza riserve o cautele.

L'implicazione di ciò per il terapeuta di coppia è che il primo livello di intervento sarà quello di aumentare la sicurezza emotiva e la connessione sicura, sia che la vita sessuale della coppia sia un'oasi di piacere in una relazione altrimenti angosciante, un problema secondario che i partner sperano migliorerà quando si sentiranno più felici insieme, un punto chiave della loro difficoltà relazionale, un enorme problema di relazione o un problema sessuale funzionale di lunga data che entrambi esacerbano vicendevolmente.

Implicazioni del trattamento: Il modello della Terapia di Coppia Focalizzata sulle Emozioni (EFT)

Prima di una discussione sulla terapia di coppia con coppie in cui i problemi sessuali sono una parte fondamentale del loro disagio di relazione, è necessario un breve riassunto del modello EFT. La EFT combina un focus esperienziale sulla costruzione momento per momento dell'esperienza, specialmente l'esperienza carica di emozioni, con un'attenzione sistemica alla costruzione di modelli chiave di interazione. Il terapeuta di EFT è un consulente di processo che crea un'alleanza collaborativa in cui può seguire o condurre empaticamente il cliente verso nuove esperienze emotive e significati correttivi e nuovi tipi di interazioni positive.

Più specificamente, gli obiettivi dell'EFT sono di espandere le risposte emotive costrittive che innescano modelli di interazione negativi, ristrutturare le interazioni in modo che i partner diventino più accessibili e responsivi l'uno all'altro e favorire cicli positivi di conforto e cura. Per esempio, il terapeuta aiuterà i partner abitualmente arrabbiati ed esigenti a parlare della loro paura e tristezza in modo da attirare il partner verso di loro e aiuterà i partner abitualmente ritirati ad uscire da una posizione silenziosa e passiva per parlare del loro dolore, dei loro desideri e dei loro bisogni. Il terapeuta si concentra particolarmente sull'emozione perché essa organizza in modo così potente le risposte chiave agli altri significativi, agisce come una bussola interna che focalizza le persone sui loro bisogni e obiettivi primari, e prepara gli schemi chiave sulla natura del sé e dell'altro. Le risposte emotive negative, come la frustrazione, se non sono seguite e ristrutturate minano la riparazione della relazione di coppia, mentre altre emozioni più "morbide", come le espressioni di vulnerabilità, possono essere usate per creare nuovi modelli di interazione.

Secondo la teoria dell'EFT, anche se altri fattori come la socializzazione dei ruoli di genere possono giocare un ruolo nello sviluppo del disagio relazionale, il fattore più importante è l'attaccamento insicuro e come la coppia affronti specifici momenti di disconnessione e le paure e le insicurezze generali (Johnson, 1999). L'attaccamento insicuro complica il processo di coinvolgimento emotivo e di responsività e quindi crea un percorso verso stati coinvolgenti di affettività negativa e interazioni ristrette, come la critica seguita da difesa e ritiro, identificati nella ricerca sulla previsione del divorzio.

In EFT, il processo di cambiamento è stato delineato in nove passi che sono progettati per essere implementati in circa 10-20 sessioni. I primi quattro passi coinvolgono la valutazione e la delineazione dei cicli problematici e del coinvolgimento degli stati emotivi associati ad essi. Alla fine di questo primo stadio della terapia, la coppia è in grado di sganciarsi dal suo ciclo negativo, di vedere il ciclo e la distanza e l'insicurezza che esso promuove come il problema da risolvere, e di stabilizzare la loro relazione.

Nel secondo stadio della terapia, passi da cinque a sette, i partner, non più sopraffatti dalle loro emozioni, sono in grado di usare la loro esperienza emotiva come una guida per i loro bisogni, e di comunicare questi bisogni in un modo che massimizza la responsività dell'altro. I partner ritirati sono in grado di esplorare le esperienze emotive che evocano il loro ritiro e diventano più impegnati emotivamente. I partner più ostili diventano capaci di esprimere le loro ferite e paure e di correre nuovi rischi con l'altro partner. È a questo punto che i partner sono invitati in una nuova danza in cui entrambi sono emotivamente aperti e impegnati e che entrambi sono in grado di chiedere che i loro bisogni di attaccamento siano soddisfatti. Questi momenti costituiscono eventi chiave di cambiamento, vale a dire un ammorbidimento, associati al successo nell'EFT (Johnson & Greenberg, 1988). La coppia è quindi in grado di portare a termine una interazione positiva di connessione in cui ognuno può rischiare, condividere e trovare un rifugio sicuro nell'altro. Questo è un potente antidoto al ciclo negativo e definisce la relazione come un attaccamento più sicuro. La coppia può poi passare allo stadio di consolidamento della terapia, dove costruisce modelli e narrazioni chiare della sua relazione, del suo disagio e del suo recupero. Ora è in grado di comunicare chiaramente su questioni cruciali e risolvere problemi pragmatici e continui nella relazione.

Gli interventi ricorrenti nella EFT includono riflessioni empatiche, validazioni delle realtà emotive, l'uso di domande evocative e frasi utilizzate al fine di amplificare l'esperienza emotiva. Il terapeuta inoltre traccia e riflette le sequenze di interazione, per esempio, le mosse nell'interazione sessuale della coppia o nelle loro interazioni più in generale, riformula le risposte nei termini dell'attaccamento o nei termini dei cicli negativi che hanno preso il sopravvento all'interno della relazione, e crea degli enactment all'interno dei quali i partner si parlano in modi più coerenti ed emotivamente responsivi.

Riguardo i problemi sessuali, il terapeuta esplorerà innanzitutto la qualità del rapporto fisico della coppia e lo inserirà all'interno del contesto del ciclo generale nello Stadio 1 dell'EFT. Il terapeuta potrebbe commentare: "Capisco, Jim, che ti sia sentito 'attaccato' in questa relazione e che tu ti sia gradualmente chiuso sempre di più, così che anche i tuoi bisogni sessuali si sono spenti. Ti senti 'congelato' e non chiedi più a Mary di fare l'amore. E tu, Mary, ti sei sentita sempre più esclusa e respinta e così hai cominciato a chiedere più attenzioni e di fare l'amore più spesso". Il terapeuta, inoltre, inserirà le risposte sessuali nella cornice dell'attaccamento, per esempio collegando la mancanza di desiderio e di eccitazione alla mancanza di sicurezza e alla necessità di proteggersi. Se una coppia non ha problemi sessuali specifici (come un'eiaculazione precoce che dura da molto tempo nell'uomo), e il sesso ha semplicemente risentito dell'alienazione e della sofferenza al suo interno, la vita sessuale della coppia comincia a migliorare alla fine dello Stadio 1, quando i partner nutrono maggiore speranza verso la relazione e possono fare squadra contro le incursioni del loro ciclo negativo, sia dentro che fuori dalla camera da letto.

Nello Stadio 2 dell'EFT, dove l'attenzione è focalizzata sul creare cicli positivi e responsività emotiva, quando i partner sono in grado di rischiare, si fidano i loro bisogni di attaccamento e le loro paure e si aiutano e si rispondono l'un l'altro, il terapeuta incoraggia la coppia ad aprirsi l'uno con l'altra e a rischiare anche nell'area della vicinanza fisica e della sessualità. Per alcune coppie, soprattutto per quelle che hanno vissuto dei traumi, questo potrebbe comportare la comparsa di nuovi limiti

nella sessualità (Johnson, 2002). Maria è capace di dire al suo partner: “Alcuni dei modi che hai di cercarmi sessualmente sono per me allarmanti. In un qualche modo mi ricordano lo stupro. Ho bisogno che tu cominci piano e mi parli. Usa il mio nome, e non arrivare dietro di me e afferrandomi”. Il suo partner sarà allora in grado di essere empatico e di rassicurarla. Quando risulta evidente che la sessualità è vissuta come pericolosa, la coppia sarà incoraggiata a sospendere i rapporti sessuali e a soffermarsi sul toccarsi piacevolmente per un po' di tempo. Altre coppie, quando si sentono connesse in modo più sicuro, sono capaci di affrontare i blocchi che si verificano nella loro danza sessuale trattandoli apertamente. Sarah è capace di parlare di come lei usi l'“eccitazione” del suo amante Gil come una prova per sapere se lui la ama davvero. Così, quando lui è stanco o meno interessato, lei entra nel panico da attaccamento che si trasforma in rabbia. Gil, che adesso può ascoltare e confidare il suo senso di “pressione” riguardo al sesso, afferma che ha bisogno di poter dire di no e parlare di come, in questi casi, lui possa rassicurare Sarah così che entrambi possano comunque rimanere connessi. Stan può dire a sua moglie: “La maggior parte delle volte il nostro sesso è fantastico ma poi improvvisamente ho paura. Può capitare che all'improvviso io abbia questa voce nella mia testa che mi dice che sono destinato a deluderti e comincio a perdere l'erezione; ho solo bisogno che tu mi lasci parlare di questa voce e che tu sia paziente con me, che mi rassicuri un po'. Quando facciamo così, la mia erezione torna”. A volte, il terapeuta ha bisogno di fornire informazioni per normalizzare le risposte e supportare il passaggio verso un coinvolgimento emotivo sicuro e verso l'esplorazione della sfera sessuale. Stan è rassicurato nello scoprire che durante un rapporto sessuale di quaranta minuti molti uomini perderanno la loro erezione per brevi momenti. Sarah è adesso abbastanza al sicuro per poter condividere che raggiunge raramente l'orgasmo e crede di essere sessualmente inadeguata, e quindi “sa” che alla fine perderà l'amore di Gil. Ha bisogno di sapere che la maggior parte delle donne non sempre raggiunge l'orgasmo con la sola penetrazione. Una volta che la coppia ha raggiunto la reciproca accessibilità e responsabilità, è possibile un nuovo tipo di sesso più sincronico. Nello Stadio 3 dell'EFT, i partner possono risolvere problemi pragmatici, come uno stile di vita che magari preclude il tempo per fare l'amore, e creare una storia comune dei problemi della loro relazione e della loro guarigione, che includa l'aspetto sessuale del loro legame e che serva da modello per il futuro.

Il soddisfacimento degli incontri sessuali può adesso rafforzare il legame della coppia, e un legame più sicuro continua a incoraggiare un sesso più erotico e più soddisfacente. I principi per un approccio orientato all'attaccamento nei confronti dei problemi sessuali in un intervento umanistico come lo è la EFT sono i seguenti:

1. È necessario porre le risposte e gli schemi sessuali problematici nel contesto delle ricorrenti spirali del ciclo di interazione negativo, come inseguitore/ritirato, che costantemente confermano le insicurezze sull'attaccamento.
2. La validazione del bisogno di sicurezza emotiva come fondamento essenziale per l'apertura sessuale e la responsabilità è una parte fondamentale della terapia.
3. È necessario de-escalare i cicli negativi e creare una piattaforma di sicurezza, una base sicura preliminare dalla quale esplorare e spaccettare i cicli negativi dell'interazione sessuale.
4. Una volta che i cicli negativi di interazione sessuale sono stati sottolineati e fatti propri, sono esplorate le più profonde emozioni primarie legate alle risposte

sessuali, che vengono poste nel contesto dei bisogni e delle paure legati all'attaccamento. Così la tristezza, le paure di essere rifiutati e abbandonati, e le paure e la vergogna di un sé inadeguato o inaccettabile sono esplorati e posti nel contesto dei bisogni di attaccamento. Come consueto nel modello EFT, i momenti chiave nella vita sessuale della coppia o in una conversazione sul sesso saranno focalizzati ed esplorati in modo tale da approfondire la consapevolezza emotiva. Gli interventi focalizzati sulle emozioni hanno sempre una natura sistemica all'interno della quale si inseriscono le emozioni nelle spirali delle risposte negative che una coppia crea e all'interno delle quali rimane bloccata. L'emozione è vista come un elemento che guida e organizza l'attaccamento e il sistema sessuale della coppia.

5. Come parte dell'ultimo stadio di consolidamento di una terapia di coppia orientata all'attaccamento, i partner creano una storia del dolore e della riparazione del loro rapporto. Così la coppia è anche incoraggiata nel creare una storia coerente della loro relazione sessuale, che includa come siano emersi i problemi e come adesso siano capaci di risolverli.
6. Gli enactment che vengono creati negli Stadi 2 e 3, dove i partner, adesso emozionalmente accessibili e responsivi, possono rivelare direttamente l'uno all'altro i loro bisogni e le loro paure sessuali.
7. Durante questi enactment, il terapeuta incoraggia attivamente l'integrazione dell'attaccamento con la sessualità. Quindi appoggerà il bisogno di un partner di avere contatto fisico amorevole e dialogo come parte dei preliminari, e il desiderio dell'altro partner di essere abbracciato dopo il sesso, e chiarirà il significato di questi momenti in termini di attaccamento.
8. Il terapeuta guiderà i partner nel formulare e condividere i rispettivi segnali erotici, i blocchi nel rinunciare alle sensazioni e ai desideri sessuali, e offrirà anche un modello di sessualità come esplorazione erotica e gioco, come un'avventura sicura in cui l'eccitazione erotica viene dal sempre nuovo coinvolgimento con un partner accessibile, momento per momento. Questo è un modello che suggerisce che la pratica, anche emotiva, rende perfetti, al contrario del cliché che vede antitetici la passione e una relazione di lunga durata.

Si segnala che i problemi sessuali più comuni nel Nord America sono un basso desiderio sessuale nelle donne (per commenti qualificati riguardo il desiderio iniziale e il desiderio responsivo, siete pregati di riferirvi a Basson, 2007), e eiaculazione precoce o mancanza di erezione negli uomini (McCarthy & McCarthy, 2003; Metz & McCarthy, 2004). Adesso guardiamo due esempi di casi di coppie che affrontano questi problemi. In queste coppie, il focus è sul de-escalare i cicli negativi di interazione che mantengono l'attaccamento insicuro, riproccessando le esperienze emotive negative sessuali, e sul costruire cicli positivi di responsività che guariscano la relazione e anche le ferite sessuali, insieme ai problemi che sono stati parte sia della sofferenza nella relazione che dell'esperienza della sessualità individuale di ogni partner.

Istantanee di momenti chiave in terapia

Amy and John. Dopo i primi 10 minuti della prima seduta, Amy dichiara che il problema fondamentale per lei e John è che: "Noi siamo coinquilini, e non mi interessa per niente, il sesso intendo dire. Così adesso lui ha iniziato a frequentare siti porno". E poi continua avvertendo il terapeuta che non vuole alcun consiglio rispetto a vibratorio o allenamento su

fantasie erotiche, e che è perfettamente capace di raggiungere l'orgasmo. Il suo medico le ha già dato questi consigli, e non le interessano. John dichiara che sta per rinunciare alla relazione e che si è ritirato sempre di più nel suo lavoro. Amy poi afferma che ultimamente, quando lui "lavora" al computer, sta in realtà visitando siti porno. John tace. Sono sposati da sei anni, hanno iniziato a fare sesso soltanto dopo il matrimonio, e subito sono diventati genitori di gemelli. Ci sono state molte complicazioni dopo questa difficile nascita, e Amy ha riportato vaste cicatrici sul suo addome. Ad Amy è stata diagnosticata la sclerosi multipla e sottolinea come ha affrontato questa diagnosi "da sola". Durante la seduta, Amy critica John per la sua "distanza" e il suo "rifiuto" di aiutarla in casa. John parla con nostalgia dei primi mesi del loro matrimonio, quando erano "più vicini e sembrava che si divertissero a flirtare e anche a far l'amore". Amy commenta: "Come si fa a flirtare con l'Uomo Silenzioso, con un muro? Ci ho rinunciato". Quando abbiamo tracciato le interazioni negative di questa relazione, la coppia concorda che dopo la nascita dei gemelli sono stati intrappolati in un ciclo che vede Amy prendere la guida come "sovrana" della casa, che organizza compiti e orari, mentre John vacilla fra il cercare di essere un buon marito e padre e "chiudersi", sentendosi sostituito, insicuro di se stesso e criticato. L'unico posto dove John continua a cercare di raggiungere sua moglie è invitandola a fare l'amore. Lei rifiuta quasi sempre. Un momento cruciale nello Stadio 1 della EFT (De-escalation) avviene quando questa coppia è capace di comprendere il ciclo negativo, vedendolo come un nemico comune, di identificare in questo schema l'emozione primaria orientata all'attaccamento, e collegarla al ciclo negativo nella loro vita sessuale. Segue un'istantanea di questo processo nella settima sessione:

Terapeuta (T): Quindi, John, anche se tu avessi, come hai detto, deciso di "volare sotto il radar, evitare i proiettili, stare a bassa quota e immobile", saresti ancora in grado di prenderti il rischio di invitare Amy a fare l'amore?

Amy: Lui vuole soltanto eccitarsi, vero? (John guarda altrove e rimane in silenzio).

T: Cosa ti succede, John, quando Amy dice: "Lui vuole soltanto eccitarsi"? È come se tu stessi a bassa quota e rimanessi immobile, proprio qui, proprio adesso.

John: Cosa posso dire? Lei crede a quello che ha appena detto. E in effetti mi eccito. Questo è il motivo per cui ho visitato qualche volta quei siti. Ma non è quello che voglio. Non ne voglio parlare.

T: Non è quello che vuoi. Ed è difficile per te parlarne. Non pensi che Amy ti ascolterà? Questo fa parte del ciclo di cui abbiamo discusso, vero? Tu rimani in silenzio e ti allontani piuttosto che affrontare la "rabbia" di Amy. Ma comunque trovi ancora il coraggio di chiederle di fare l'amore.

John: (Alza la testa) Sì. Ma glielo chiedo soltanto una volta (Ride). Mi allontanano. Quello è l'unico momento nel quale cerco di avvicinarmi a lei, così è probabile che lei pensi che sia solo una questione di sesso. Ma poi lei non vuole mai comunque. Se io sono così deludente e lei non sente nemmeno la mancanza di fare l'amore, beh, allora... (Alza le mani).

T: Quando alzi le mani in questo modo, è come dire che non c'è speranza? Che non c'è niente che tu possa fare? È questo?

John: Sì. L'ultima volta abbiamo parlato del fatto che sono sempre impaurito, mentre aspetto che Amy mi critichi e che parli dei miei difetti. E io ho detto che non si trattava

veramente di paura. Ma sai, ci stavo pensando e non è paura, è peggio ancora. Non so come chiamarlo.

T: È peggio della paura, mentre aspetti quel messaggio che non sei all'altezza. Che non puoi farle piacere, che non c'è speranza. Come ti senti proprio adesso parlando di questo?

John: Fa caldo qui dentro. (Ride). Tutto il mio corpo è teso. Mi sento senza speranza. Capisco che lei mi guarda e vede solo un muro vuoto. Lei pensa che me ne fregghi. Ma dentro sto impazzendo. Non posso fare niente di giusto.

T: Sì, sembri calmo e tranquillo ma dentro ti senti senza speranza, teso, che stai impazzendo, e rimani fermo, fai di meno, così Amy vede indifferenza (Amy annuisce), ma questa sensazione che non puoi mai fare niente di giusto è...

John: Terrificante. L'ho già persa. Ho fallito. Fallito miseramente. Così mi chiudo e basta.

T: Sì, puoi dirle: "Sono terrorizzato. Non posso trovare un modo per avvicinarti, per farti piacere. Mi sento così indifeso e senza speranza. Così mi chiudo e mi intorpidisco (John annuisce), e così tu vedi un muro?"

John: (Si gira verso Amy) Mi allontanano per non sentire le tue accuse. Mi blocco. È molto spaventoso sentire che non posso fare la cosa giusta con te. E che ti ho deluso quando hai avuto la diagnosi di sclerosi multipla. Non sapevo di cosa avevi bisogno. Mi sono bloccato (Amy sembra confusa, ma lo sta fissando), ma io chiedo, chiedo di fare l'amore.

T: Esatto. Amy si sente "sola" e come se tu l'avessi in qualche modo abbandonata (Lei annuisce), e richiede la tua attenzione sottolineando ciò che manca o cosa avresti potuto fare. Abbiamo parlato la settimana scorsa di quanto lei si senta disperata quando fa così. Ma tu senti che hai rovinato tutto e ti allontani ancora di più. E allora Amy si sente ancora più sola. Un girotondo. Tu ti chiudi e lei si sente esclusa. Ma poi, anche se sei "terrorizzato", ti avvicini e le chiedi il contatto e di fare l'amore. Ma Amy non si sente abbastanza sicura per iniziare quella danza.

Amy: Il sesso per me è ancora un territorio poco familiare. E comunque mi sento solo arrabbiata e stanca. Forse il sesso non fa comunque per me. Sono arrabbiata o anestetizzata. La maggior parte delle volte non mi sento affatto desiderata, quindi...

T: Allora cosa ti succede, Amy, quando John dice: "Sì, mi allontanano. Sono terrorizzato. È così difficile sentire che ti ho deluso. La tua rabbia mi dice che ho fallito. Pensi di non avere alcun impatto su di me ma la tua rabbia mi paralizza"?

Amy: (Lo guarda, mette la testa da un lato, si gira verso John) Senti sul serio questo? (Lui annuisce con enfasi). Ti spaventi. Non ho mai pensato che tu potessi essere spaventato. Credo che siamo davvero rimasti intrappolati in questo ciclo. Entrambi finiamo per essere terrorizzati, forse. Ma quando mi sento così tagliata fuori non riesco proprio a girarmi e fare l'amore.

T: Giusto. È troppo rischioso. E tu stai soffrendo, quindi non ti senti al sicuro ad aprirti così. Ma nonostante questo ciclo di richiesta disperata e chiusura a riccio, John, ancora cerchi Amy e chiedi di fare l'amore. Speri ancora...

John: Sì. I momenti più felici della mia vita sono quelli in cui sono stato per la prima volta

con Amy e mi sono sentito così vicino a lei. E quando abbiamo fatto l'amore ho capito che ero davvero importante per lei. So che è timida quando si tratta di sesso. E penso che da quando ha avuto i bambini e ha quelle cicatrici, sia davvero più timida. (Si allunga e prende la mano di Amy).

T: Desideri quella vicinanza, quella sensazione di essere il suo uomo speciale, il suo compagno. Non si tratta solo di orgasmo. Vorresti sentirti desiderato e quindi corri il rischio di chiederglielo, anche se sei "terrorizzato" di fallire e di perderla. E sai che lei è timida e insicura riguardo al sesso, e forse è preoccupata per il suo corpo, per le sue cicatrici. Quando pensi a questo, allunghi la mano verso di lei. Vuoi confortarla per questo, raggiungerla, tenerle la mano così che non sia così imbarazzata? (Lui annuisce) Puoi dirle per favore, "Sono stato così chiuso ma...

John: So di averti tagliato fuori. Ma, come abbiamo detto nell'ultima seduta, dobbiamo aiutarci a vicenda per uscire da questo ciclo. Anch'io mi sento solo. È terribile sentire che ti deludo continuamente. Voglio essere un buon marito. E l'unica volta che ho sentito davvero che mi amavi è stato quando eravamo soliti fare l'amore. Vorrei che accadesse di nuovo. E voglio aiutarti a sentirti al sicuro, come dice (il terapeuta), così puoi rilassarti e possiamo imparare a fare l'amore insieme. So che prima dobbiamo riavvicinarci, sentirci più vicini.

T: Sì. Vorresti provare quella sensazione che Amy ti ama e ti desidera. Vuoi uscire da questa danza e stare di nuovo con lei. Amy, come ti senti quando John dice queste cose?

Amy: È una bella sensazione. Sentire che sono importante per lui. Mi calma. Mi arrabbio così tanto, è come se lo volessi costringere ad ascoltarmi. Poi diventa solo negativo. Ma quando parla così capisco che ha bisogno di me. Ma è una novità. E fare l'amore mi sembra troppo. Sono timida. È difficile per me rilassarmi quando si tratta di sesso. Non sapevo che potesse capire le cicatrici. È come se non volessi che lui mi guardi. Ma mi piace che lui sappia che per me è difficile e che mi tenga la mano.

John e Amy sono sempre più capaci di uscire dal loro ciclo negativo a casa e di parlare delle loro emozioni più profonde. La loro visione dell'altro si è ampliata e hanno cominciato a correre più rischi emotivi l'uno con l'altro. Man mano che si assumono più rischi emotivi, iniziano a delineare maggiormente il loro ciclo sessuale. John si avvicina ma Amy è "troppo arrabbiata, troppo triste e troppo spaventata" per rispondere. John allora si ritira in camera da letto e in ogni altro luogo.

Nella Stadio 2 della EFT, la coppia comincia a svelare di più le loro paure e i loro bisogni di attaccamento e, con l'aiuto del terapeuta, a tradurre questo in contatto fisico. Dopo un periodo di coccole, di contatti rassicuranti, abbracci e discussioni sui blocchi per "lasciar entrare il desiderio e seguirlo", iniziano a fare l'amore. Le paure di Amy sul fatto che il suo corpo non sia attraente sono esplorate in seduta e John l'ha dovuta rassicurare molte volte del suo desiderio per lei.

Nel terzo e ultimo stadio della terapia, sono in grado di pianificare di esplorare i loro corpi e le loro risposte sessuali insieme, con Amy che finalmente riesce a dire a John cosa la eccita e come non ha mai imparato ad ascoltare il suo corpo o a pensare al sesso come un gioco. Lui si propone di aiutarla. Man mano che lei raggiunge l'eccitamento a letto, John è sempre più fiducioso del suo amore e sempre più disponibile emotivamente e capace di affermare i suoi bisogni di "avere feedback ma senza attacchi" e "nessun rimprovero umiliante". Mentre

lui diventa più disponibile e reattivo, Amy si sente connessa e coinvolta in modo più sicuro, sia a letto che fuori.

Jason e Giselle. Jason e Giselle si presentano in terapia per problemi sessuali legati all'eiaculazione precoce, alle difficoltà di eccitazione e al calo del desiderio sessuale di Jason, e all'inibizione del desiderio e dell'eccitazione di Giselle. Inizialmente nella sessualità Giselle è nella posizione di inseguitrice rispetto a Jason, iniziando il contatto sessuale nel tentativo di ripristinare un senso di connessione con Jason. Ora nello Stadio 2 dell'EFT, con la progressiva riduzione del ciclo negativo che definiva i loro incontri sessuali, entrambi i partner sono in grado di impegnarsi emotivamente sulle ansie di attaccamento sottostanti i rapporti sessuali. Entrambi i partner sono ora consapevoli di come il contatto sessuale fosse diventato un luogo pieno di pressione. Lavorando momento per momento con l'esperienza e le interazioni sessuali tra Jason e Giselle, è emersa la complessa esperienza emotiva sottostante il ritiro di Jason. L'ansia di Jason di fronte alle iniziative sessuali di Giselle e ai loro rapporti, a prima vista, è incentrata sulla frustrazione e sul disagio per la sua incapacità di essere sessualmente performante e di soddisfare Giselle. Alla fine, questi sentimenti si traducono in emozioni più vulnerabili legate all'attaccamento, legate alla paura del fallimento, all'inadeguatezza e alla paura del rifiuto. All'inizio, Giselle si arrabbia, critica e attacca le difficoltà sessuali di Jason, esortandolo a "superarle". Jason si ritira nei suoi pensieri ossessivi sulla sua mancata mascolinità e si concentra troppo sul suo pene "difettoso", che lo hanno portato ad allontanarsi dal sesso, compreso il suo girarsi dall'altra parte nel letto e porre fine ad ogni ulteriore contatto fisico. Altre volte, la sua ansia per le pressanti richieste di penetrazione di Giselle lo porta ad eiaculare precocemente. Le proteste arrabbiate e critiche di Giselle, una volta esplorate, hanno permesso alla tristezza più profonda, legata alla mancanza di accessibilità emotiva di Jason durante il sesso, di emergere in superficie. Il ritiro di Jason durante il sesso ha rafforzato una visione di sé profondamente negativa legata al suo valore e alla sua attrattiva. Il desiderio di Giselle è iniziato a diminuire quando il sesso è stato associato alla tristezza per la disconnessione e ai sentimenti di solitudine.

In questo breve estratto, il terapeuta EFT esplora l'esperienza e le interazioni sessuali per supportare la capacità di ogni partner di rischiare una più aperta espressività e per favorire interazioni capaci di creare una maggiore sicurezza emotiva nella sfera della sessualità.

Jason: Comincio a pensare che "Oh! Ci risiamo, sto per perdere [l'erezione] o sto per eiaculare", ed è allora che comincio a sentire molta pressione, mi sento frustrato, devo farlo bene questa volta, altrimenti lei non vorrà stare con me, e questo è intollerabile.

T: Ho l'impressione che a volte per te, Jason, è come o ho una buona prestazione oppure la perderò, vero? È molta pressione. Questa è la parte più spaventosa del sesso per te in questo momento, giusto? Ogni mossa sessuale è diventata così piena di paura...Se non lo fai bene, se non le dai il piacere che vuole, allora hai paura di perderla. È troppo difficile farle sapere quanto sei spaventato. A volte, quando queste paure si accumulano, l'avvicinarsi e il contatto sono davvero eccitanti per te, ma allo stesso tempo fa paura. Così quando ti concentri sulle sensazioni, eiaculi velocemente, altre volte, vai altrove durante il sesso. Ti concentri sul tuo pene, su quanto è eretto, se ho una buona prestazione...in un certo senso abbandoni te stesso e lei a quel punto. Ti ritiri, ti concentri nel capire se stai facendo bene, perché a quel punto è la vita o la morte del rapporto...

Jason: Ho così tanta paura delle sue reazioni perché in passato si arrabbiava molto quando non la penetravo abbastanza a lungo, quindi mi sono sempre concentrato su questo. Sono così spaventato. Se non faccio bene questa cosa del sesso con lei, la perderò.

T: Jason, come sarebbe per te raggiungerla ora, correre il rischio di farle sapere che hai paura di perderla?

Jason: Giselle, se non riesco bene, a darti un sesso migliore, ho tanta paura di perderti.

Giselle: (Prende la mano di Jason) Non mi perderai, io sono qui per te e tu non mi perderai.

T: Cosa sta succedendo per te in questo momento, Giselle? Per cosa sono le lacrime, questa tristezza che sta venendo fuori, puoi parlargliene?

Giselle: Non è che mi arrabbiavo perché non mi penetravi abbastanza a lungo. È che quando avevi un'eiaculazione precoce o perdevi l'erezione, ti allontanavi da me e ti alzavi per andartene o ti innervosivi. Non mi interessava del tuo pene, ma del fatto che mi lasciassi lì. Mi sentivo così sola in quei momenti. Mi sentivo vicina, e poi tu ti innervosivi per il tuo pene. Allora mi sentivo così sola, dopo essermi sentita vicina. Volevo che tu smettessi di pensare così tanto al tuo pene, che continuassi a toccarmi o ad abbracciarmi. Sono stata così triste perché il sesso era diventato come il resto della nostra relazione, mi sono sentita sempre più sola, e avrei voluto sentirmi più vicina.

T: Quando andava in modalità performance, o eiaculava precocemente e ti lasciava lì senza toccarti, accarezzarti o abbracciarti, ti arrabbiavi, perché volevi che invece stesse con te, desideravi che ti toccasse, che ti abbracciasse, che non ti lasciasse sola. Puoi parlargli di questi desideri?

Giselle è stata in grado di farlo, ed è migliorata la capacità di questa coppia di comunicare apertamente sulla loro sessualità, e quindi di creare risposte sintonizzate, di affrontare insieme i momenti di frustrazione non permettendogli di far deragliare il fare l'amore, e di rilassarsi nel piacere fisico e in un sentito senso di migliorata connessione emotiva.

CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE

Le esperienze sessuali gratificanti contribuiscono alla soddisfazione e alla stabilità della relazione e aumentano i sentimenti d'amore, mentre le interazioni sessuali negative aumentano il conflitto e la distanza. I conflitti e la distanza molto spesso interferiscono anche con il desiderio e la soddisfazione sessuale (vedi Sprecher & Cate, 2004, review). Come McCarthy e McCarthy sottolineano (2003, p. 32), "il sesso funziona meglio quando ogni partner è aperto e ricettivo". Questo per noi significa essere aperti e impegnati con il proprio partner, per cui entrambi sono accessibili e responsivi emotivamente e fisicamente al proprio amante e alle proprie emozioni e bisogni. Se il sesso, la cura e l'attaccamento sono scollegati, spesso interferiscono e si compromettono a vicenda. Ora che abbiamo una teoria completa dell'amore adulto, possiamo aiutare i partner a integrarli in un legame d'amore in cui ognuno di questi elementi può arricchire l'altro.

Bibliografia

- Bartels, A., & Zeki, S. (2004). The neural correlates of maternal and romantic love. *Neuroimage*, 21, 1155–1166.
- Basson, R. (2007). Sexual desire/arousal disorders in women. In S. Leiblum (Ed.), *Principles and practice of sex therapy* (4th ed., pp. 25–53). New York: Guilford Press.
- Birnbaum, G. E. (2007). Attachment orientations, sexual functioning and relationship satisfaction in a community sample of women. *Journal of Social and Personal Relationships*, 24, 21–35.
- Birnbaum, G. E., Reis, H. T., Mikulincer, M., Gillath, O., & Orpaz, A. (2006). When sex is more than just sex: Attachment orientations, sexual experiences and relationship quality. *Journal of Personality and Social Psychology*, 91, 929–943.
- Bogaert, A. F., & Sadava, S. (2002). Adult attachment and sexual behavior. *Personal Relationships*, 9, 191–204.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss: Volume 1: Attachment*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base*. New York: Basic Books.
- Brassard, A., Shaver, P. R., & Lussier, Y. (2007). Attachment, sexual experience and sexual pressure in romantic relationships: A dyadic approach. *Personal Relationships*, 14, 475–494.
- Campbell, L., Simpson, J. A., Boldry, J., & Kashy, D. (2005). Perceptions of conflict and support in romantic relationships: The role of attachment anxiety. *Journal of Personality and Social Psychology*, 88, 510–531.
- Carter, S. (1998). Neuroendocrine perspectives on social attachment and love. *Psychoneuroendocrinology*, 23, 779–818.
- Clothier, P., Manion, I., Gordon-Walker, J., & Johnson, S. M. (2002). Emotionally focused interventions for couples with chronically ill children: A two-year follow-up. *Journal of Marital and Family Therapy*, 28, 391–399.
- Cohn, D. A., Silver, D. H., Cowan, C. P., Cowan, P. A., & Pearson, J. (1992). Working models of attachment and couple relationships. *Journal of Family Issues*, 13, 432–449.
- Collins, N. L., & Read, S. J. (1990). Adult attachment, working models and relationship quality in dating couples. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 644–663.
- Davila, J., Karney, B., & Bradbury, T. N. (1999). Attachment change processes in the early years of marriage. *Journal of Personality and Social Psychology*, 29, 1383–1395.
- Davis, D., Shaver, P. R., & Vernon, M. L. (2004). Attachment style and subjective motivations for sex. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 30, 1076–1090.
- JOURNAL OF MARITAL AND FAMILY THERAPY 13
- Davis, D., Shaver, P. R., Widaman, K. F., Vernon, M., Follette, W. C., & Beitz, K. (2006). “I can’t get no satisfaction”: Insecure attachment, inhibited sexual communication, and sexual dissatisfaction. *Personal Relationships*, 13, 465–483.
- Diamond, D., & Blatt, S. (2007). Introduction. In D. Diamond, S. Blatt, & J. Lichtenberg (Eds.), *Attachment and sexuality* (pp. 1–26). New York: Analytic Press.
- Feeney, B. C. (2007). The dependency paradox in close relationships: Accepting dependence promotes independence. *Journal of Personality and Social Psychology*, 92, 268–285.
- Feeney, J. A., & Hohaus, L. (2001). Attachment and spousal caregiving. *Personal Relationships*, 8, 21–39.
- Feeney, J. A., Peterson, C., Gallois, C., & Terry, D. J. (2000). Attachment style and predictors of sexual attitudes and behaviors in late adolescence. *Psychology and Health*, 14, 1105–1122.
- Fonagy, P., & Target, M. (1997). Attachment and reflective function: Their role in self-organization. *Development and Psychopathology*, 9, 679–700.
- Fraley, C., & Shaver, P. R. (2000). Adult romantic attachment. Theoretical developments, emerging controversies, and unanswered questions. *Review of General Psychology*, 4, 132–154.
- Gillath, O., & Schachner, D. A. (2006). How do sexuality and attachment interrelate? Goals, motives and strategies. In M. Mikulincer & G. Goodman (Eds.), *The dynamics of romantic love: Attachment, caregiving and sex* (pp. 337–355). New York: Guilford.
- Gottman, J. (1994). *What predicts divorce?* Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Gross, J. (2001). Emotional regulation in adulthood: Timing is everything. *Current Directions in Psychological Science*, 10, 214–219.
- Hawton, K., Catalan, J., & Fagg, J. (1992). Sex therapy for erectile dysfunction. Characteristics of couples,

- treatment outcome and prognostic factors. *Archives of Sexual Behavior*, 21, 161–176.
- Hazan, C., & Zeifman, D. (1994). Sex and the psychological tether. In K. Bartholomew & D. Perlman (Eds.), *Advances in personal relationships*, Vol. 5. Attachment processes in adulthood (pp. 151–177). London: Jessica Kingsley.
- Hazan, C., Zeifman, D., & Middleton, K. (1994, July). Adult romantic attachment, affection and sex. Paper presented at the 7th International Conference on Personal Relationships, Groningen, The Netherlands.
- Heiman, J. (2007). Orgasmic disorders in women. In S. Leiblum (Ed.), *Principles and practice of sex therapy* (4th ed., pp. 84–123). New York: Guilford Press.
- Holmes, J. (1996). Attachment, intimacy and autonomy: Using attachment theory in adult psychotherapy. Northdale, NJ: Jason Aronson.
- Huston, T. L., Caughlin, J. P., Houts, R. M., Smith, S. E., & George, L. J. (2001). The connubial crucible: Newlywed years as predictors of delight, distress and divorce. *Journal of Personality and Social Psychology*, 80, 237–252.
- Johnson, S. M. (1999). Emotionally focused couple therapy: Straight to the heart. In J. M. Donovan (Ed.), *Short term couple therapy* (pp. 12–42). New York: Guilford Press.
- Johnson, S. (2002). Emotionally focused couples therapy with trauma survivors. New York: Guilford Press.
- Johnson, S. M. (2003). Attachment theory: A guide for couple's therapy. In S. M. Johnson & V. Whiffen (Eds.), *Attachment processes in couples and families* (pp. 103–123). New York: Guilford.
- Johnson, S. M. (2004). *The practice of emotionally focused couple therapy: Creating connection*. New York: Brunner/Routledge.
- Johnson, S. (2007). A new era for couple therapy: Theory, research and practice in concert. *Journal of Systemic Therapies*, 26, 5–16.
- Johnson, S. M. (2008). *Hold me tight. Seven conversations for a lifetime of love*. New York: Little, Brown.
- Johnson, S. M. (2009). Attachment and emotionally focused couple therapy: Perfect partners. In J. Obegi & E. Berant (Eds.), *Clinical applications of adult attachment* (pp. 410–433). New York: Guilford Press.
- Johnson, S. M., & Greenberg, L. S. (1988). Relating process to outcome in marital therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 14, 175–183.
- Johnson, S. M., Hunsley, J., Greenberg, L., & Schindler, D. (1999). Emotionally focused couples therapy: Status and challenges. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 6, 67–79.
- Kleinplatz, P. (2001). *New directions in sex therapy*. New York: Brunner Routledge.
- Leiblum, S. R. (2007). *Principles and practice of sex therapy*, (4th ed.). New York: Guilford Press.
- Levy, K., Blatt, S., & Shaver, P. (1998). Attachment style and parental representations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 407–419.
- Makinen, J., & Johnson, S. M. (2006). Resolving attachment injuries in couples using EFT: Steps towards forgiveness and reconciliation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 1055–1064.
- Masters, W., & Johnson, V. (1970). *Human sexual inadequacy*. Boston: Little, Brown.
- McCarthy, B., & McCarthy, E. (2003). *Rekindling desire*. New York: Brunner Routledge.
- Metz, J. E., & McCarthy, B. W. (2004). *Coping with erectile dysfunction*. Oakland, CA: New Harbinger.
- 14 JOURNAL OF MARITAL AND FAMILY THERAPY
- Mikulincer, M., Florian, V., & Weller, A. (1993). Attachment styles, coping strategies and posttraumatic distress: The impact of the Gulf War in Israel. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64, 817–826.
- Mikulincer, M., & Shaver, P. (2007a). *Attachment in adulthood: Structure, dynamics and change*. New York: Guilford Press.
- Mikulincer, M., & Shaver, P. (2007b). A behavioral systems perspective on the psychodynamics of attachment and sexuality. In D. Diamond, S. Blatt, & J. Lichtenburg (Eds.), *Attachment and sexuality* (pp. 51–78). New York: Analytic Press.
- Panksepp, J. (1998). *Affective neuroscience: The foundations of human and animal emotion*. New York: Oxford University Press.
- Schachner, D. A., & Shaver, P. R. (2004). Attachment dimensions and motives for sex. *Personal Relationships*, 11, 179–195.
- Schnarch, D. M. (1997). *Passionate marriage: Sex, love and intimacy in emotionally committed relationships*. New

York: Norton.

- Senchak, M., & Leonard, K. (1992). Attachment styles and marital adjustment among newly wed couples. *Journal of Social and Personal Relationships*, 9, 51–64.
- Shafer, A. B. (2001). The big five and sexuality trait terms as predictors of relationships and sex. *Journal of Research in Personality*, 35, 313–338.
- Shaver, P., & Clarke, C. L. (1994). The psychodynamics of adult romantic attachment. In J. Masling & R. Bornstein (Eds.), *Empirical perspectives on object relations theory* (pp. 105–156). Washington, DC: APA Press.
- Shaver, P. R., Hazan, C., & Bradshaw, D. (1988). The integration of three behavioral systems. In R. Sternberg & M. Barnes (Eds.), *The psychology of love* (pp. 68–99). New Haven, CT: Yale University Press.
- Simpson, J. (1990). The influence of attachment style on romantic relationships. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59, 971–980.
- Simpson, J., Rholes, W., & Nelligan, J. (1992). Support seeking and support giving within couples in an anxiety provoking situation: The role of attachment styles. *Journal of Personality and Social Psychology*, 62, 434–446.
- Simpson, J. A., Rholes, W. S., Orina, M., & Grich, J. (2002). Working models of attachment, support giving and support seeking in a stressful situation. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 28, 598–608.
- Simpson, J. A., Rholes, W. S., & Phillips, D. (1996). Conflict in close relationships: An attachment perspective. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71, 899–914.
- Smallbone, S. W., & Dadds, E. (2000). Attachment and coercive sexual behavior. *Sexual Abuse: Journal of Research and Treatment*, 12, 3–15.
- Sprecher, S., & Cate, R. M. (2004). Sexual satisfaction and sexual expression as predictors of relationship satisfaction and stability. In J. H. Harvey, A. Wenzel, & S. Sprecher (Eds.), *Handbook of sexuality in close relationships* (pp. 235–256). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Stephan, C. W., & Bachman, G. F. (1999). What's sex got to do with it? Attachment, Love Schemas and Sexuality. *Personal Relationships*, 6, 111–123.
- Stern, D. (2004). *The present moment in psychotherapy and everyday life*. New York: Norton.