

Processo di assessment in psicoterapia e anamnesi sessuologica



Paolo Fiore*, Sarah Finzi**,
Giovanna Verde***, Jacopo Stringo****,
Jessica Ferrigno*****, Francesca Cavallo*****

Ricevuto il 17 dicembre 2025, accettato il 26 maggio 2026

Sommario

La valutazione psicologica (*assessment*) si propone di realizzare attraverso procedure adeguate molteplici finalità convergenti: la costruzione di un'alleanza terapeutica, la formulazione di ipotesi diagnostiche descrittive e funzionali, l'organizzazione di un piano di trattamento prevedibilmente efficace associato a indicatori di processo e di esito. A questi campi essenziali si aggiunge, *de facto*, come obiettivo trasversale e strumentale, l'anamnesi biopsicosociale necessaria ad acquisire sia un inquadramento esteso e approfondito delle condizioni di salute generale e sia per la formulazione di un modello di funzionamento della personalità e del disturbo/deficit specifico.

* Psicologo, Psicoterapeuta. Dipartimento di Psicologia, Università degli Studi di Torino, 10124, Torino; Centro Clinico Crocetta, Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Cognitiva – 10129 Torino; e-mail: info@paolofiore.it.

** PhD, Psicologa, Psicoterapeuta; Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Cognitiva Centro Clinico Crocetta – 10129 Torino; e-mail: sarah.n.finzi@gmail.com.

*** Psicologa, Psicoterapeuta, Sessuologa; Studio Clinico, Via Caboto 57, Torino; e-mail: giovanna.verde@gmail.com.

**** Psicologo, PhD Candidate; Università degli Studi di Bergamo, via Salvecchio 19, 24129; Coordinamento Esecutivo CRiSiCo – IULM; Membro GdL LGBTQI+ dell'Ordine Psicologi Lombardia; e-mail: info.jacopostringo@gmail.com.

***** Psicologa, Psicoterapeuta; Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Cognitiva Centro Clinico Crocetta – 10129 Torino; e-mail: info@psicologajessicaferrigno.it.

***** Psicologa, Psicoterapeuta, Dottore di ricerca, Coordinatrice Area di Interesse Sessuologia SITCC, Scuola Psicoterapia Integrata, Passaggio dei Canonici Lateranensi 12 – 24121 Bergamo; e-mail: francycavallo@hotmail.it.

Quaderni di Psicoterapia Cognitiva (ISSNe 2281-6046), n. 57/2025
DOI: 10.3280/qpc57-2025oa23108

Le linee guida internazionali relative alla consulenza e alla valutazione psicologica (APA, 2020) offrono indicazioni generalizzate rispetto alla conduzione di un'anamnesi psicosessuale in psicoterapia come indagine relativa alle aree di vita del paziente (APA, 2013). La valutazione psicosessuale, come metodo strutturato di assessment, si riserva evidentemente ai casi in cui il quesito clinico sia associato alla presenza di un disturbo sessuologico o di una problematica sessuale più in generale (Veglia, 2006). Allo stesso tempo un'esplorazione dell'area di vita sessuale sistematica risulta importante anche quando il caso non sia squisitamente sessuologico (Cavallo, 2025), essendo una dimensione interconnessa a costrutti identitari, interpersonali, affettivi e sociali: infatti, la salute sessuale risulta una componente essenziale nella realizzazione del benessere biopsicosociale (WHO, 2021).

Parole chiave: assessment, valutazione psicologica, anamnesi sessuologica.

Psychotherapeutic assessment process and sexological Anamnesis

Abstract

Psychological evaluation (assessment) aims to achieve, through appropriate procedures, multiple convergent objectives: the construction of a therapeutic alliance, the formulation of descriptive and functional diagnostic hypotheses, and the organization of a predictably effective treatment plan associated with process and outcome indicators. To these essential domains a transversal and instrumental objective is also added: the biopsychosocial anamnesis necessary both to acquire an extensive and in-depth understanding of general health conditions and to formulate a model of personality functioning and of the specific disorder/deficit.

International guidelines concerning psychological consultation and assessment (APA, 2020) provide general indications regarding the conduct of a psychosexual anamnesis in psychotherapy framing it as an exploration of the patient's life domains (APA, 2013). Psychosexual assessment, as a structured method of evaluation, is typically reserved for cases in which the clinical question is associated with the presence of a sexological disorder or, more broadly, with a sexual problem (Veglia, 2006). At the same time, a systematic exploration of the sexual life domain is also important when the case is not strictly sexological (Cavallo, 2025), as it represents a dimension interconnected with identity-related, interpersonal, affective, and social constructs; indeed, sexual health constitutes an essential component of overall biopsychosocial well-being (WHO, 2021).

Keywords: assessment, psychological evaluation, sexual history.

Nascita e sviluppo della sessuologia scientifica e clinica

La storia della sessuologia scientifica e clinica ha un'origine relativamente recente. A fine Ottocento emergono nel contesto medico i primi tentativi di studio della sessualità escludenti spiegazioni e interpretazioni morali ed

etiche¹ ma sarà Freud (1905), nella prima topica, a trasformare la sessualità in un costrutto esplicativo della psicopatologia umana, rendendo popolare la psicoanalisi e di conseguenza generando interesse verso lo studio sistematico della sessualità umana. A titolo di esempio, autori come Reich (1942) e Lowen (1975) focalizzarono la propria attenzione su metodi di cura basati su un lavoro corporeo, evidenziando il rilievo della dimensione sessuale nella realizzazione di un benessere psichico.

Il contributo decisivo per trasformare la sessuologia in una scienza moderna empiricamente fondata sarà a opera di Alfred Kinsey attraverso l'indagine sistematica dei comportamenti sessuali umani, che permise la pubblicazione dei rapporti Kinsey (1948; 1953), mostrando l'ampia variabilità fenomenologica del comportamento sessuale. Nella seconda metà del Novecento la sessuologia scientifica e clinica si eleva a disciplina interdisciplinare con la nascita delle prime associazioni scientifiche internazionali (come l'*International Society for Sexual Medicine* e la *Society for the Scientific Study of Sexuality*) mentre nello stesso periodo i manuali psichiatrici definiscono criteri diagnostici e metodologie di intervento rispetto ai disturbi sessuali *tout court* (DSM-III, 1980).

Parallelamente la sessuologia clinica troverà nei lavori pionieristici di Masters, Johnson e Kaplan la formulazione di un modello sulle fasi di risposta sessuale² e la costruzione di protocolli e procedure di *sex therapy* basati su tecniche comportamentali (Master & Johnson, 1966; 1970; Kaplan, 1979).

Con la nascita e lo sviluppo delle terapie basate sull'evidenza, la sessuologia clinica arricchisce il proprio sapere teoretico e clinico, fornendo modelli di intervento sempre più integrati e più efficaci che prevedono la terapia mansionale integrata (Fenelli & Lorenzin, 2011), la psicoterapia focalizzata sul sintomo sessuale (Veglia & Borghino, 2018), la terapia della coppia (Johnson, 2004) e le terapie farmacologiche.

La sessualità umana è la manifestazione di una complessa interazione fra componenti biologiche, psicologiche, affettive, interpersonali, sociali, culturali ed epistemiche ma anche politiche, etiche, giuridiche, economiche, storiche, religiose e spirituali (WHO, 2006), in senso generale presente *dalla culla alla tomba*. Nella prospettiva cognitivo evolucionista

¹ In particolare Von Krafft-Ebing nel 1886 scrive il *Psychopathia Sexualis* con lo scopo di classificare e descrivere le perversioni sessuali attraverso categorie mediche e cliniche.

² Il modello più rappresentato in letteratura consiste in quattro fasi di risposta del comportamento sessuale: desiderio, eccitazione, orgasmo e risoluzione (Master & Johnson, 1966; 1970; Kaplan, 1979).

(Liotti, 1994), il comportamento sessuale deriva dall'interazione di più sistemi motivazionali:

1. il sistema motivazionale sessuale arcaico, finalizzato alla riproduzione della specie;
2. il sistema motivazionale interpersonale sessuale e affettivo, che suggerisce la formazione di legami affettivi e sessuali in vista dell'accudimento della prole;
3. il risultato di un'attività complessa associata al sistema motivazione epistemico, di ricerca di senso e di costruzione condivisa di significati, che si realizza in modo evidente attraverso la realizzazione di storie e narrazioni (Veglia, 1999).

In questo senso la sessualità è espressione di un processo evolutivo volto alla ricombinazione di patrimoni genetici che si trasforma in territorio per la formazione di legami affettivi intimi favorendo l'emergere di senso, significato e narrazione (Veglia, 2011), esperienza che può essere tradotta come interazione fra diverse dimensioni della sessualità umana, che ne sono anche la struttura portante³.

Il comportamento sessuale può essere codificato attraverso diversi modelli esplicativi interconnessi: la tripartizione funzionale del sistema nervoso che ricerca la realizzazione di mandati arcaici di sopravvivenza, interpersonali-affettivi ed epistemici, l'attività dei sistemi motivazionali interpersonali attraverso la formazione di rappresentazioni mentali e modelli operativi interni veicolati da processi di elaborazione cognitiva-affettiva-somatica-motoria e l'attività di processi metacognitivi che garantiscono la realizzazione di processi epistemici tramite la consapevolezza e la riflessioni su stati mentali e comportamenti.

Per acquisire un glossario essenziale per muoversi nel territorio della sessualità è importante offrire una definizione minima di sesso biologico, identità di genere, ruolo di genere, orientamento sessuale e disturbo sessuale (Cavallo *et al.*, 2024).

³ La dimensione riproduttiva, ovvero il raggiungimento del mandato riproduttivo della specie; la dimensione ludica, che consente l'apprendimento in campo sessuale, affettivo e relazionale; la dimensione sociale, riferita alla formazione e il mantenimento di legami affettivi; la dimensione semantica che genera la parola amore attraverso la ricerca condivisa di significati; la dimensione narrativa, la quale si manifesta come racconto, raccontare, raccontarci e raccontarsi una storia, connessa all'autobiografia e al senso di identità; la dimensione procreativa, manifesta espressione di un'intenzione cosciente che desidera generare una nuova vita e una nuova storia (Veglia & Pellegrini, 2003).

Per sesso biologico si intende l'emergere di caratteristiche primarie e secondarie che definiscono maschile e femminile, fondato su componenti cromosomiche⁴, gonadiche⁵ e fenotipiche⁶.

Con il costrutto di identità di genere⁷ si fa riferimento alla percezione incarnata del proprio genere, quindi al senso di Sé, che può coincidere oppure essere non allineato a quello assegnato alla nascita sulla base del sesso biologico⁸: l'identità di genere è la risultante di processi biologici, genetici, ormonali, psicologici, evolutivi, sociali e culturali.

Per ruolo di genere si fa riferimento alla fenomenologia comportamentale, corporea, estetica stereotipicamente associata al genere maschile e femminile in un determinato contesto socio-culturale, espressa anche attraverso atteggiamenti e modalità interpersonali che veicolano l'appartenenza al genere.

L'orientamento sessuale o romantico si riferisce a pattern di desiderio sessuale e/o romantico e all'eroticizzazione degli stimoli del mondo⁹; rappresenta un continuum esperienziale di attrazione verso persone di un particolare sesso o genere, che può essere lo stesso, un altro, più di uno oppure nessuno (Morgan, 2013).

Per quanto concerne i disturbi sessuali, facendo riferimento ai principali manuali diagnostici internazionali (APA, 2020; WHO, 2022), i disturbi e le problematiche sessuali clinicamente significative possono appartenere a tre

⁴ Esistono due distinti cromosomi sessuali: XX per le femmine e XY per i maschi. Eventualmente XXY (sindrome di Klinefelter), XO (sindrome di Turner) e altre condizioni indicate come intersex, ovvero espressione di caratteristiche che possono includere variazioni genitali, gonadi, cromosomi sessuali, ormoni (Hughes *et al.*, 2006).

⁵ Dall'iniziale indifferenziazione cellulare, allo sviluppo di gonadi maschili o femminili: in assenza del gene SRY (o malfunzionamento), responsabile dello sviluppo dei testicoli intorno alla sesta settimana, possono manifestarsi gonadi non chiaramente distinguibili alla nascita (Brennan & Capel, 2004).

⁶ Conseguenza di secrezioni ormonali delle gonadi che influenzano lo sviluppo dei genitali esterni: in assenza di tali ormoni il fenotipo è femminile, motivo per cui una ridotta produzione di ormoni maschili in individuo XY genera fenotipo androgino (Capel, 2000).

⁷ Nelle *Guidelines for Psychological Practice with Sexual Minority Persons* (APA, 2020) sottolineano l'importanza di integrare la sessualità e l'identità di genere nella valutazione psicologica con persone appartenenti alle minoranze sessuali: tale appartenenza non è necessariamente evidente, quindi sarebbe sempre opportuno esplorare tali costrutti.

⁸ Nel DSM-5 (2013) è descritta la disforia di genere come condizione psicopatologica connessa a un disagio clinicamente significativo derivante dalla discrepanza fra sesso biologico e identità di genere percepita mentre nell'ICD-11 (WHO, 2019) la disforia è rappresentata in termini di incongruenza di genere, fornendo una definizione non psicopatologica del fenomeno.

⁹ Il desiderio sessuale è un'esperienza incarnata, non la conseguenza di un discernimento personale (Ortigue & Bianchi-Demicheli, 2008).

aree psicopatologiche, il cui trattamento è riservato a professionisti che abbiano realizzato una formazione specialistica in sessuologia clinica.

1. Disfunzioni sessuali, caratterizzate da un'alterazione del comportamento sessuale associato a disagio tale da compromettere una vita sessuale piacevole, appagante e soddisfacente.
2. Parafilie, che si esprimono come un interesse sessuale intenso e persistente derivante esclusivamente da stimoli atipici oppure che comporti dei rischi di danneggiamento di se stessi o degli altri.

Un'altra condizione che concerne la salute sessuale è l'Incongruenza di Genere, che in alcuni casi può portare sofferenza clinicamente significativa presentandosi come Disforia di genere.

Argomenti per l'integrazione dell'anamnesi sessuologica

La psicoterapia ha come scopo generale favorire la realizzazione di un maggior grado di benessere psicologico attraverso la risoluzione di disturbi/deficit psicologici: utilizzando un modello di psicoterapia integrato, il focus del trattamento consiste nel favorire un'esperienza emotiva correttiva (Alexander, 1946) che consenta una trasformazione funzionale e una revisione dei modelli operativi interni, la disconferma di credenze patogene e il potenziamento delle funzioni metacognitive e di mentalizzazione.

La volontà di integrazione dell'anamnesi psicosessuale nell'assessment della psicoterapia trova argomenti clinici favorevoli a differenti livelli di analisi. L'integrazione dell'anamnesi sessuale, almeno in fase diagnostica, offre certamente grandi vantaggi (Tripoldi, 2021), operazione che risulta essere suggerita per la realizzazione di un servizio sanitario di elevata qualità¹⁰: ad esempio il modello dinamico-maturativo dell'attaccamento (Crittenden & Landini, 2011) mostra come i sistemi motivazionali dell'attaccamento e della sessualità siano codificabili come manifestazioni psicobiologiche che condividono strutture e funzioni neurobiologiche, evolutive e cognitive.

¹⁰ Sebbene le linee guida della *American Psychological Association* sull'assessment psicologico (2020) non indichino esplicitamente e specificatamente un'anamnesi psicosessuale, allo stesso tempo promuovono un sistema di valutazione che tenga in considerazione fattori biopsicosociali, culturali e contestuali che permettano una comprensione olistica della persona. La *Guide to Taking a Sexual History* (Centers for Disease Control and Prevention, 2011) suggerisce che la raccolta di una storia sessuale dovrebbe essere considerata come parte integrante di interventi di cura sanitaria di alta qualità anche in assenza di sintomi specifici.

Dal punto di vista clinico è possibile sintetizzare tali vantaggi in quattro campi generali potenziali, non necessariamente presenti ma sufficienti per motivare la conduzione dell'anamnesi psicosessuale.

1. *Fattore di mantenimento del disturbo primario.* In letteratura vi è ampia documentazione sull'alta comorbidità fra disturbi mentali maggiori e disturbi sessuali (Herder *et al.*, 2023; Sewalem *et al.*, 2022; Laurent & Simons, 2009; Adesola & Oladeji, 2021), con particolare riferimento ai disturbi dell'umore, dello spettro ansioso e ai disturbi post-traumatici da stress: quando il disturbo sessuale si manifesta come secondario, non necessariamente la problematica sessuoaffective viene riportata spontaneamente durante il colloquio clinico. La formulazione di ipotesi diagnostiche relative a un disturbo primario può avvantaggiarsi dell'anamnesi psicosessuale facendo emergere fattori di scompenso o di mantenimento del problema che potrebbero eventualmente evidenziarsi in fasi successive e avanzate del trattamento, eventualmente non esprimendosi affatto. Eppure il disturbo sessuale può essere un luogo esperienziale privilegiato nel mantenimento di cicli interpersonali disfunzionali e nella conferma di credenze patogene che contribuiscono a rafforzare strategie di coping che alimentano la condizione psicopatologica generale.
2. *Disturbo sessuologico egosintonico.* La prevalenza dei disturbi sessuali giustifica l'esplorazione di eventuali condizioni cliniche associate alla sfera sessuoaffective. Molteplici studi epidemiologici mostrano che disturbi e disfunzioni sessuali siano ampiamente rappresentati (Mitchell, 2021)¹¹: le disfunzioni erettili si presentano con un'ampia variabilità di stima (3-76%) in base a strumenti utilizzati (Kaya, 2023) evidenziando come nelle popolazioni affette da patologie organiche tali percentuali mostrino tassi più elevati; l'eiaculazione precoce interessa circa il 20-30% della popolazione sessualmente attiva (Serefoglu, 2014), il 2,5-6% secondo i criteri dell'*International Society for Sexual Medicine* e del DSM-5 (Althof & McMahon, 2020); tra le donne le disfunzioni dolorose risultano con una frequenza del 3-18% (Reed, 2003) mentre il disturbo da dolore genito-pelvico e penetrazione ha una prevalenza clinica del 2,1%

¹¹ Lo studio di revisione epidemiologica condotta da Mitchell (2016) in un'indagine britannica, associata a diversi articoli sull'argomento, mostrano che su 15.000 adulti sessualmente attivi, il 41,6% degli uomini e il 51,2% delle donne, riferiscono di aver esperito almeno un problema di natura sessuale nell'ultimo anno, di cui solo il 10% presentava distress clinicamente significativo. Utilizzando come riferimento il DSM-5 (2013), la prevalenza di almeno un disturbo o disfunzione sessuale si riduce al 4,2% negli uomini e al 3,6% nelle donne.

e subclinica del 12,9% in campioni universitari (O'Flinn & De Jong, 2022) e infine la dispareunia raggiunge la frequenza del 35% nel periodo post-partum (Lopez, 2022). L'anamnesi psicosessuale consente di far emergere eventuali disturbi sessuali vissuti in modo egodistonico, consentendone così l'eventuale trattamento.

3. *Personalità e funzionamento psicologico.* La dimensione sessuale e affettiva rappresenta una componente incarnata, profonda e intima del Sé. Un'anamnesi psicosessuale approfondita consente di esplorare in modo più efficace le rappresentazioni del Sé, dei modelli operativi interni e degli schemi cognitivi e relazionali subcoscienti attraverso l'esplorazione di un campo di esperienza privilegiato, essendo un territorio caratterizzato da profonda esperienza di intimità e affettiva. La sessualità de facto non si riduce a una funzione biologica, piuttosto è un territorio profondo in cui si radicano identità, desideri e paure, luogo di generazione di soddisfazione, affettività e relazioni. Esplorare in fase di assessment costrutti identitari, orientamento sessuale e romantico, ruoli di genere, fantasie sessuali e materiale clinico associato all'esperienza sessuale risulta utile per una più profonda comprensione del funzionamento interpersonale e intrapersonale. Ad esempio, le fantasie sessuali possono anche essere codificate come espressione di tentativi fantastici di risoluzione di credenze patogene (Bader, 2003).
4. *Relazione terapeutica e validazione implicita dell'importanza dell'esperienza sessuoaffettiva.* La conduzione di un'anamnesi psicosessuale risulta anche un intervento implicito di riconoscimento del rilievo che l'esperienza sessuoaffettiva assume nella realizzazione del benessere biopsicosociale, favorendo e validando la possibilità di condividere materiale clinico: il riconoscimento della significatività dell'esperienza sessuoaffettiva e la validazione implicita rispettoventuali difficoltà, problematiche o condizioni di sofferenza consentono la possibilità di condividere temi e argomenti relativi alla sfera sessuale anche in fasi successive e avanzate del lavoro terapeutico.

Integrazione dell'anamnesi sessuologica

Pur in assenza di una specializzazione in sessuologia clinica, necessaria per la presa in carico di sofferenze strettamente connesse alla salute sessuale, si tratta di delineare alcune indicazioni generali necessarie per poter integrare l'anamnesi psicosessuale in un assessment di psicoterapia. Pur non condividendo una procedura formalizzata, si tratta di fornire indicazioni utili per condurre tale anamnesi, delegando ad attività di formazione, supervisione e

intervisione la traduzione applicativa. Tale integrazione si inserisce entro un modello di psicoterapia integrato che risponda a criteri di congruenza con le indicazioni fornite dalla letteratura sui trattamenti *evidence-based*.

Durante il processo di assessment, l'anamnesi sessuologica può svolgersi durante l'esplorazione delle aree di vita e di funzionamento: la necessità di integrazione di tale procedimento anamnestico dovrebbe comportare domande chiare dirette ed esplicite, strategicamente orientate all'emersione di una rappresentazione mentale chiara del funzionamento sessuoaffettivo.

Sarà necessario assumere che, al di là dei casi particolari, condividere informazioni e narrazioni riguardanti la vita sessuale può risultare difficoltoso. Nonostante la cultura contemporanea offra numerosi contesti e stimoli di natura sessuale, esporre la propria intimità risulta una potenziale sorgente di vergogna, imbarazzo e paura.

Il terapeuta deve anzitutto percepirsi a proprio agio¹², sufficientemente sicuro nell'esplorazione dell'intimità sessuale del paziente per poter favorire la costruzione di una dimensione relazionale entro la quale la persona senta di potersi mostrare ed esprimere. Certamente gli interventi di validazione e di normalizzazione dell'esperienza sessuale e affettiva sono da considerarsi necessari e non sufficienti, in quanto devono accompagnarsi a una rappresentazione scientifica adeguata dei principali costrutti sessuologici che orientano il professionista nella codifica dei contenuti riportati: il terapeuta è portatore di una storia personale che si è sviluppata in uno specifico contesto socioculturale, perciò portatore potenziale di stereotipi e pregiudizi (World Association for Sexual Health, 2008) che possono compromettere gli interventi clinici. In questo senso gli interventi di psicoeducazione sono una componente essenziale del procedimento anamnestico, valutati come necessari per far emergere eventuali rappresentazioni mentali disfunzionali apprese nella propria storia di vita. Il linguaggio del terapeuta deve risultare accessibile e comprensibile e il dialogo risulta maggiormente efficace ponendo domande dirette, specifiche ed esplicite, di maggior beneficio in un contesto che favorisce l'emersione di stati emotivi di imbarazzo e di vergogna. Infine, il terapeuta deve necessariamente lavorare in una prospettiva interdisciplinare che si traduca nella possibilità di lavorare operativamente in équipe con professionisti qualificati.

Il consenso informato e l'alleanza terapeutica richiedono che il terapeuta condivida le intenzioni cliniche e il significato attribuito alla necessità di condurre un'anamnesi psicosessuale in un contesto in cui il quesito non sia sessuologico, garantendo il consenso all'intervento e proteggendo la persona

¹² Con particolare riferimento anche alla gestione di dinamiche transferali e controtransferali che inevitabilmente si manifestano durante il lavoro con paziente (Rossetto, 2025).

da eventuali rischi iatrogeni connessi a possibili traumi semantici (Veglia *et al.*, 2019).

Il dialogo clinico è strategicamente orientato all'esplorazione di diversi campi epistemici:

1. raccolta di informazioni di carattere biologico, verificando la presenza di eventuali condizioni mediche attuali e pregresse (con particolare riferimento a patologie croniche, condizioni endocrinologiche e fattori vascolari) e dei farmaci in uso. Anche l'eventuale assenza significativa di controlli medici, andrologici e ginecologici può essere un aspetto di rilievo eventualmente da approfondire;
2. esplorazione dei costrutti socioculturali appresi con particolare riferimento a pregiudizi e stereotipi disfunzionali che correlino con condizioni di disagio clinicamente rilevanti: tali rappresentazioni possono confermare credenze patogene, significati attribuiti alla sessualità e cicli interpersonali disfunzionali;
3. lo studio dei modelli operativi interni e la correlazione fra dimensioni di attaccamento e sessualità (Crittenden & Landini, 2011), attraverso la raccolta della storia evolutiva e di sviluppo della vita sessuale e affettiva.

La ricostruzione della storia evolutiva e di sviluppo consente inoltre di esplorare costrutti di rilievo psicologico e organizzare le informazioni in modo funzionale a realizzare una più accurata rappresentazione del funzionamento psicologico, eventualmente di arricchire in modo vantaggioso la diagnosi funzionale e descrittiva:

- identità sessuale e di genere, orientamento sessuale e romantico;
- presenza attuale o pregressa di problematiche sessuali;
- storia sessuale e affettiva ed esplorazione dei comportamenti e delle fantasie sessuali;
- esplorazione delle fasi della risposta sessuale;
- eventuali eventi traumatici connessi alla vita sessuale;
- salute sessuale e prevenzione.

L'anamnesi psicosessuale integrata necessita l'applicazione di interventi di analisi funzionale: non si tratta di condurre analisi funzionali strutturate tipiche dell'assessment sessuologico (Veglia, 2006; Fenelli & Lorenzin, 2014), piuttosto di utilizzare l'ABC, preferibile in fase di assessment (Liotti *et al.*, 2017), oppure il CESP per l'approfondimento di temi e argomenti valutati clinicamente significativi.

Conclusioni

L'esperienza sessuale è profondamente connessa nella nostra storia evolutiva, ontogenetica e filogenetica: nello sviluppo evolutivo della nostra specie e nello sviluppo individuale la sessualità accompagna le fasi della vita, marcandone i confini e i passaggi evolutivi.

L'esperienza sessuale risulta un territorio clinico significativo in quanto dimensione profondamente incarnata, interconnessa con la nostra identità, il nostro funzionamento interpersonale e le nostre tendenze all'azione, luogo di intimità e affettività. L'esperienza clinica mostra come nell'esplorazione della sessualità si possa mostrare un riflesso generale del funzionamento della personalità, delle difficoltà e delle sofferenze personali e interpersonali.

Mantenendo il vincolo di una formazione specialistica per la valutazione e il trattamento dei disturbi e delle problematiche sessuali, si desidera evidenziare l'importanza che un'efficace anamnesi psicosessuale può generare in un contesto di psicoterapia.

Bibliografia

- Adesola A.O. & Oladeji B. (2021). Prevalence and correlates of sexual dysfunction among patients with mental disorders in a tertiary hospital in Southwest Nigeria. *South African Journal of Psychiatry*, 27: a1575. DOI: 10.4102/sajpsy.2021.1575.
- Alexander F. (1946). *Psychoanalytic Therapy: Principles and Application*. New York: Ronald Press.
- Althof S.E. & McMahon C.G. (2020). Ejaculatory dysfunctions. In: Kovac J.S. & Pastuszak A.T. (eds.), *Contemporary Treatment of Erectile Dysfunction* (pp. 85-102). Cham: Springer.
- APA (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd ed.)*. American Psychiatric Association.
- APA (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5 ed.) – DSM-5*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- APA (2020). *APA Guidelines for Psychological Assessment and Evaluation*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Bader M. (2003). The psychology of sexual arousal. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 29(4): 285-296.
- Brennan J. & Capel B. (2004). One tissue, two fates: Molecular genetic events that underlie testis versus ovary development. *Nature Reviews Genetics*, 5(7): 509-521.
- Capel B. (2000). The battle of the sexes. *Mechanisms of Development*, 92(1): 89-103.
- Cavallo F. (2025). La valutazione dell'area sessuale come elemento fondamentale di ogni percorso psicoterapeutico. In: Cavallo F. (a cura di), *Manuale di sessuologia clinica. Sesso, genere e orientamento: nuove sfide e competenze in psicoterapia*. Roma: Carocci.
- Cavallo F., Salvatore G. & Lenzi A. (2024). Integrating sexology into evidence-based

- psychotherapy practice. In: Poletti B., Tasca G., Pievani L. & Compare A. (eds.), *Training in integrated relational psychotherapy. An evidence-based approach*. Cham: Springer.
- Centers for Disease Control and Prevention (2011). *A guide to taking a sexual history*. U.S. Department of Health and Human Services.
- Crittenden P.M. & Landini A. (2011). *Assessing adult attachment: A dynamic-maturational approach to discourse analysis*. New York: W.W. Norton & Company.
- De Lamater J. & Mercer C.H. (2013). Sexual function in Britain: Findings from the third National Survey of Sexual Attitudes and Lifestyles (Natsal-3). *The Lancet*, 382(9907): 1817-1829. DOI: 10.1016/S0140-6736(13)62366-1.
- Fenelli A. & Lorenzin R. (2014). *Clinica delle disfunzioni sessuali*. Roma: Carocci Faber.
- Freud S. (1905). Three essays on the theory of sexuality. In: Strachey J. (ed.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (vol. 7, pp. 125-243). London: Hogarth Press.
- Herder T., Spolestra S.K., Peters A.W. & Knegtering H. (2023). Sexual dysfunction related to psychiatric disorders: A systematic review. *Journal of Sexual Medicine*, 20(7): 965-983. DOI: 10.1093/jsxmed/qdad074.
- Hughes I.A., Houk C., Ahmed S.F. & Lee P.A. (2006). Consensus statement on management of intersex disorders. *Archives of Disease in Childhood*, 91(7): 554-563. DOI: 10.1136/adc.2006.098319.
- Johnson S.M. (2004). *The practice of emotionally focused couple therapy: Creating connection* (II ed.). New York: Brunner-Routledge.
- Kaplan H.S. (1979). *Hypoactive sexual desire*. New York: Brunner/Mazel.
- Kaya Y. (2023). Erectile dysfunction: Prevalence, risk factors, and treatment. *Sexual Medicine Reviews*, 11(1): 87-104.
- Kinsey A.C., Pomeroy W.B. & Martin C.E. (1948). *Sexual behavior in the human male*. Philadelphia: W.B. Saunders.
- Kinsey A.C., Pomeroy W.B., Martin C.E. & Gebhard P.H. (1953). *Sexual behavior in the human female*. Philadelphia: W.B. Saunders.
- Krafft-Ebing R. von (1886). *Psychopathia sexualis: Eine klinisch-forensische Studie*. Stuttgart: Ferdinand Enke.
- Laurent S.M. & Simons A.D. (2009). Sexual dysfunction in depression and anxiety. *Clinical Psychology Review*, 29(7): 605-618. DOI: 10.1016/j.cpr.2009.06.007.
- Liotti G. (1994). *Opere della coscienza: Saggio di psicopatologia e psicoterapia cognitiva post-razionalista*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Liotti G., Fassone G. & Monticelli F. (2017). *L'evoluzione delle emozioni e dei sistemi motivazionali*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Lopez V. (2022). Dyspareunia in postpartum women: A systematic review. *Archives of Sexual Behavior*, 51, 1681-1694.
- Lowen A. (1975). *Bioenergetics*. London: Penguin Books.
- Masters W.H. & Johnson V.E. (1966). *Human sexual response*. Boston: Little, Brown and Company.
- Masters W.H. & Johnson V.E. (1970). *Human sexual inadequacy*. Boston: Little, Brown and Company.
- Mitchell K.R. (2021). Sexual function and difficulties in the general population: A review of prevalence studies. *The Lancet Sexual & Reproductive Health*, 3(5): 273-285.
- Mitchell K.R., Jones K.G., Wellings K., Johnson A.M., Graham C.A., Datta J. & Mercer C.H. (2016). Estimating the prevalence of sexual function problems:

- The impact of morbidity criteria. *Journal of Sex Research*, 53(8): 955-967. DOI: 10.1080/00224499.2015.1089214.
- Morgan E. (2013). Contemporary Issues in Sexual Orientation and Identity Development in Emerging Adulthood. *Emerging Adulthood*, 1: 52-66. DOI: 10.1177/2167696812469187.
- O'Flinn E. & De Jong D.C. (2022). Genito-pelvic pain/penetration disorder: Prevalence and clinical correlates in university samples. *Journal of Sex Research*, 59(6): 789-798.
- Ortigue S. & Bianchi-Demicheli F. (2008). The chronoarchitecture of human sexual desire: A high-density electrical mapping study. *NeuroImage*, 43(2): 337-345. DOI: 10.1016/j.neuroimage.2008.07.059.
- Reed B.D. (2003). Painful sexual intercourse among women: Prevalence and predictors. *Obstetrics & Gynecology*, 102(4): 852-859.
- Reich W. (1942). *The function of the orgasm: Sex-economic problems of biological energy*. New York: Farrar, Straus and Giroux.
- Rossetto M. (2024). Le dimensioni emotive del terapeuta durante il percorso del trattamento sessuologico. In: Cavallo F. (a cura di), *Manuale di sessuologia clinica. Sesso, genere e orientamento: nuove sfide e competenze in psicoterapia*. Roma: Carocci.
- Serefoglu E.C. (2014). The epidemiology of premature ejaculation. *Translational Andrology and Urology*, 3(1): 29-33.
- Sewalem J. Kassaw C. & Anbesaw T. (2022). Sexual dysfunction among people with mental illness attending follow-up treatment at a tertiary hospital, Jimma University Medical Center: A cross-sectional study. *Frontiers in Psychiatry*, 13: 999922. DOI: 10.3389/fpsy.2022.999922.
- Tripodi F. (2021). Counselling and psychotherapy in sexual medicine. In: Lew-Starowicz M., Giraldi A. & Krüger T. (eds.), *Psychiatry and sexual medicine* (pp. 187-207). Cham: Springer.
- Veglia F. (1999). *Storie di vita*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Veglia F. (2006). I disturbi sessuali. In: Bara B.G. (a cura di), *Psicoterapia cognitiva* (vol. 3: Patologie). Torino: Bollati Boringhieri.
- Veglia F. (2011). Problemi della vita sessuale e riproduttiva. In: Salvini A. & Dondoni M. (a cura di), *Psicologia clinica dell'interazione e psicoterapia*. Firenze: Giunti.
- Veglia F. & Borghino F. (2018). La diagnosi e il piano di cura. In: Boncinelli V., Rossetto M. & Veglia F. (a cura di), *Sessuologia clinica. Modelli di intervento, diagnosi e terapie integrate*. Trento: Erickson.
- Veglia F. & Pellegrini R. (2003). *C'era una volta la prima volta*. Trento: Erickson.
- Veglia F., Finzi S., Civilotti C. & Di Fini G. (2019). Evoluzione della CBT. Fondamenti e implicazioni neurobiologiche. In: Pagani M. & Carletto S. (a cura di), *Il cervello che cambia. Neurobiologia dei disturbi psichici e delle psicoterapie*. Milano: Mimesis.
- World Association for Sexual Health (2008). *Sexual Health for the Millennium: A Declaration and Technical Document*. Minneapolis: World Association for Sexual Health.
- World Health Organization (2006). *Defining sexual health: Report of a technical consultation on sexual health*, 28-31 January 2002, Geneva.
- World Health Organization (2019). *International classification of diseases for mortality and morbidity statistics* (XI revision).
- World Health Organization (2021). *World Health Statistics 2021: Monitoring Health for the SDGs, Sustainable Development Goals*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization (2022). *International Classification of Diseases, Eleventh Revision (ICD-11)*. Geneva: World Health Organization.