

Il trattamento delle disfunzioni sessuali

Paolo Fiore*, Massimo Esposito**,
Carla Iuliano***, Gaia Polloni****, Vito Lupo*****



Ricevuto il 17 dicembre 2025, accettato il 26 maggio 2026

Sommario

L'Organizzazione Mondiale della Sanità afferma che la salute sessuale è una dimensione fondamentale nella realizzazione del benessere biopsicosociale (WHO, 2021): nella nostra specie il piacere sessuale si esprime come uno stato di benessere fisico, emotivo, mentale e sociale.

Nella prospettiva cognitivo evoluzionista (Liotti, 1994), il comportamento sessuale si esprime sostanzialmente attraverso l'attivazione 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).

* 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.

** Didatta Sitcc; Associazione di Terapia Cognitiva – Cagliari; V Centro di Terapia Cognitiva Multiverso, Via degli Scipioni 245, Roma; e-mail: massimo.esposito69@gmail.com.

*** Psicologa, Psicoterapeuta, Didatta SITCC, Scuola di Psicoterapia Cognitiva, Viale A. Gramsci, 13, 80122, Napoli; e-mail: iulianocarla@gmail.com.

**** Psicologa, Psicoterapeuta, Sessuologa Clinica, Centro Terapia Cognitiva, Via Rusconi 10, Como; e-mail: info@gaiapolloni.com.

***** Psicologo, Psicoterapeuta. Centro TMI Avellino/Battipaglia, Via Carso 6, 84091, Battipaglia; e-mail: vitolupopsi@gmail.com.

Quaderni di Psicoterapia Cognitiva (ISSNe 2281-6046), n. 57/2025
DOI: 10.3280/qpc57-2025oa23111

La sessualità può essere visualizzata come un territorio vasto ed eterogeneo, composto di molteplici campi quali il sesso biologico, l'identità di genere, i ruoli di genere, l'orientamento sessuale, la riproduzione, la procreazione, l'affettività e le relazioni, i significati e le immagini mentali e certamente la narrazione del Sé. L'esperienza sessuale si manifesta attraverso convinzioni e credenze, fantasie e previsioni, sentimenti ed emozioni, sensazioni e comportamenti che hanno come elemento caratterizzante l'esperienza del piacere. Il presente articolo desidera offrire una panoramica essenziale riguardo al trattamento delle disfunzioni sessuali, nella consapevolezza che una formazione specialistica risulta necessaria per un'adeguata applicazione degli interventi (Fiore *et al.*, 2025).

Parole chiave: sessuologia clinica, disturbi sessuali, disfunzioni sessuali.

The Treatment of Sexual Dysfunctions

Abstract

The World Health Organization states that sexual health is a fundamental dimension in the achievement of biopsychosocial well-being (WHO, 2021): in our species, sexual pleasure is expressed as a state of physical, emotional, mental, and social well-being.

From a cognitive-evolutionary perspective (Liotti, 1994), sexual behavior is essentially expressed through the activation of multiple motivational systems: 1) the archaic sexual motivational system, aimed at the reproduction of the species; 2) the interpersonal sexual and affective motivational system, which promotes the formation of affective and sexual bonds in view of offspring care; 3) the outcome of a complex activity associated with the epistemic motivational system, oriented toward meaning-seeking and the shared construction of meanings, which becomes evident through the creation of stories and narratives (Veglia, 1999).

Sexuality may be conceptualized as a vast and heterogeneous territory, composed of multiple domains such as biological sex, gender identity, gender roles, sexual orientation, reproduction and procreation, affectivity and relationships, meanings and mental images, and, certainly, the narration of the Self. Sexual experience is expressed through beliefs and convictions, fantasies and expectations, feelings and emotions, sensations and behaviors, all sharing the defining element of the experience of pleasure. The present article aims to offer an essential overview of the treatment of sexual dysfunctions, with the awareness that specialized training is necessary for the appropriate application of interventions (Fiore *et al.*, 2025).

Keywords: clinical sexology, sexual disorders, sexual dysfunctions.

Un modello della sessualità umana

Riconoscendo il carattere di mistero che avvolge l'esperienza sessuale umana, si intende indicare nel vissuto di piacere, godimento e soddisfazione sessuale il vincolo utile per ricercare buone esperienze sessuali, riconoscendo come situazioni critiche gli eventi in cui la sessualità viene in qualche

grado cooptata da motivazioni associate al rango, all'attaccamento, all'accudimento oppure da sistemi arcaici difensivi o predatori.

In questa prospettiva, il comportamento sessuale è la risultante di una complessa attività psicobiologica che emerge dall'interazione dinamica tra processi neurofisiologici, affettivo-motivazionali, cognitivi e relazionali, integrati in sistemi di elaborazione distribuiti e reciprocamente modulanti (Pessoa *et al.*, 2019; Okon-Singer *et al.*, 2015; Steffen *et al.*, 2022)

Tale attività può essere descritta, spiegata e interpretata attraverso:

- *processi neurobiologici e neurovegetativi* che regolano l'attivazione corporea e genitale, modulati da meccanismi bottom-up e top-down;
- *processi di elaborazione cognitivo-affettiva*, che consentono la percezione e la valutazione dell'esperienza sessuale, guidati da memorie procedurali e associative, dal linguaggio semantico e metaforico, nonché dalle memorie episodiche e autobiografiche;
- *attività dei Sistemi Motivazionali Interpersonali*, veicolata in particolar modo dai modelli operativi interni, che orientano l'espressione dei cicli interpersonali, delle dinamiche relazionali e della regolazione affettiva nella relazione sessuale;
- *processi metacognitivi*, che favoriscono l'adattamento e il processo epistemico attraverso la consapevolezza, la riflessione e il monitoraggio dei propri stati mentali e corporei.

In questo senso, le fasi della risposta sessuale rappresentano l'espressione dell'integrazione dinamica di molteplici livelli di elaborazione. All'aumentare della complessità dell'elaborazione esperienziale crescono sia la consapevolezza soggettiva e il controllo intenzionale, sia la possibilità di interferenze cognitive, emotive e relazionali nel dispiegarsi della risposta sessuale.

I meccanismi coinvolti includono:

- *circuiti spinali e neurovegetativi*, implicati nella risposta genitale e orgasmica, la cui attività è modulata dal sistema nervoso centrale;
- *reti neurali* implicate nell'elaborazione affettiva ed emotiva, responsabili dell'esperienza soggettiva del desiderio, dell'eccitazione e del piacere;
- *processi corticali e metacognitivi*, coinvolti nella rappresentazione simbolica dell'esperienza, nell'attribuzione di significato e nella regolazione intenzionale della risposta sessuale.

In riferimento al modello tradizionale (Master & Johnson, 1966; Kaplan, 1974) viene proposta una concettualizzazione di quattro fasi della risposta

sessuale, ordinate in quattro momenti idealmente sequenziali¹: desiderio, eccitazione, plateau, orgasmo, risoluzione. Tale suddivisione delle fasi della risposta sessuale riveste un importante valore clinico, in quanto consente di codificare la fenomenologia del comportamento sessuale, come risultante di attività biochimiche, neurologiche, vascolari e psiconeuroendocrine attive nel sistema nervoso centrale e periferico. Nell'uomo e nella donna gli eventi fisiologici sono simili, con differenze perlopiù dipendenti dall'anatomia, da alcune diverse funzioni biologiche specifiche e da soglie differenziate di attivazione, modulazione e disattivazione.

Il desiderio sessuale è anticipazione del piacere erotico che stimola la volontà e la disponibilità al rapporto sessuale e può manifestarsi in conseguenza di tre condizioni:

1. *sistema endocrino*, attraverso la produzione di ormoni;
2. *immagini mentali*, veicolate da memorie del passato oppure fantasie/previsioni sul futuro;
3. *esposizione a stimoli erotici* provenienti dal contesto.

La componente ormonale è particolarmente efficace durante la giovinezza, perdendo progressivamente intensità con l'avanzare della maturità e della senilità. Questo cambiamento può generare preoccupazione nella persona, che talvolta non lo attribuisce all'invecchiamento fisiologico. Per questo motivo, la compensazione del desiderio tramite stimoli interni (fantasie, immaginazione) ed esterni (contatti, contesti erotici) diventa fondamentale per il mantenimento della disponibilità sessuale.

Eccitazione, ovvero la manifestazione di un cambiamento corporeo con particolare riferimento ed evidenza agli organi genitali. Il sistema nervoso regola l'attivazione della muscolatura liscia che regola l'afflusso sanguigno in modo tale da irrorare i genitali di sangue attraverso un complesso sistema elettrochimico e idraulico. Dal punto di vista psicofisiologico, l'eccitazione sessuale coinvolge circuiti spinali e neurovegetativi responsabili dell'innervazione genitale, in particolare attraverso l'attivazione parasimpatica. Tali processi, pur avendo una componente automatica, sono modulati in modo dinamico dall'in-

¹ Il modello di Master e Johnson (1966) prevede come fasi della risposta sessuale eccitazione, plateau, orgasmo e risoluzione, dove la differenziazione fra eccitazione e plateau è relativa all'intensità di risposta eccitatoria mentre il modello proposto da Kaplan (1974) si organizza come desiderio, eccitazione e orgasmo. Per semplificazione euristica vengono qui organizzate le fasi idealmente sequenziali di risposta sessuale come desiderio, eccitazione, plateau, orgasmo e risoluzione.

terazione bidirezionale tra segnali corporei, stati emotivi, processi cognitivi e contesto relazionale, attraverso reti neurali integrate con i sistemi corticali e metacognitivi (Fenelli & Lorenzini, 2014). In questa prospettiva, l'eccitazione sessuale emerge dall'integrazione di dimensioni corporee, emotive e cognitive, risultando sensibile non solo agli stimoli fisici, ma anche ai significati soggettivi e interpersonali attribuiti all'esperienza. Per tale motivo l'eccitazione non è statica, ma è oscillante e ritmica, strettamente correlata all'esperienza soggettiva del piacere e del contesto relazionale. Nel maschio, l'eccitazione sessuale è caratterizzata da un aumento dell'afflusso di sangue nei corpi cavernosi, che determina l'ingrossamento e la rigidità del pene, il glande, costituito prevalentemente da corpo spongioso, mantiene una consistenza relativamente più morbida rispetto all'asta, mentre i testicoli si sollevano in direzione dell'addome. Le ghiandole di Cowper emettono una quantità di liquido minima che ha la funzione di lubrificazione. Questa trasformazione prende il nome di erezione. Nella femmina le piccole labbra, il clitoride e l'ingresso vaginale divengono turgidi, cambiando lievemente colorazione, mentre le pareti vaginali, che tendono a dilatarsi, trasudano un liquido che, insieme a quello prodotto dalle ghiandole di Bartolini, svolge una funzione lubrificante.

L'orgasmo, dal punto di vista neurofisiologico, rappresenta un riflesso sessuale regolato da centri di riflesso spinale che innervano l'area genitale tramite i rami ortosimpatici. Le componenti del sistema nervoso autonomo sono sottoposte a monitoraggio e modulazione da parte del sistema limbico, connesso alla corteccia cerebrale e alla coscienza. La componente ortosimpatica risulta in parte controllabile dal sistema nervoso centrale (Fenelli & Lorenzini, 2014). Nella donna, il riflesso orgasmico può essere indotto a livello genitale sia da stimolazione clitoridea sia da stimolazione vaginale. Si manifesta attraverso circa 3-15 contrazioni muscolari involontarie della piattaforma orgasmica, con una frequenza stimata di circa 0,8 secondi e una durata complessiva di 3-15 secondi. Queste contrazioni sono associate a innalzamento della pressione arteriosa, aumento della frequenza cardiaca e a un senso di intenso piacere e di ottundimento della coscienza (Fenelli & Lorenzin, 2014). Basson (2000) sottolinea inoltre l'importanza della componente affettiva e relazionale come fattore determinante nella realizzazione del piacere sessuale e dell'orgasmo femminile. Nell'uomo l'orgasmo² si associa all'eiaculazione tramite una serie

² Sebbene nell'esperienza maschile orgasmo ed eiaculazione risultino generalmente associati, è possibile una loro dissociazione: l'orgasmo può infatti verificarsi in assenza di eiaculazione, come avviene, ad esempio, nei pazienti sottoposti a prostatectomia radicale oppure in soggetti che assumono alcuni farmaci per l'ipertrofia prostatica benigna o in individui che apprendono volontariamente il controllo dell'eiaculazione.

di 3-7 getti eiaculatori che si susseguono con una frequenza di circa 0,8 secondi, fatto anticipato dalla fase di emissione durante la quale il liquido seminale si raccoglie nella porzione bulbare dell'uretra, momento che determina la sensazione, non necessariamente percepita, di inevitabilità eiaculatoria (Fenelli & Lorenzin, 2014). L'evento orgasmico eiaculatorio si associa solitamente a un senso di appagamento, un rinforzo dell'identità sessuale e un miglioramento della qualità relazionale (Boncinelli, Alei *et al.*, 2018). L'esperienza orgasmica è variabile per intensità e piacevolezza, dipendente dalla percezione e dai significati attribuiti, non è necessariamente il momento di massimo godimento. Risoluzione, ossia ciò che accade a seguito di un orgasmo: gli organi genitali tendono a ritornare in una condizione iniziale. Mentre nei giovani con rinnovato desiderio ed eccitazione il corpo si dispone nuovamente all'atto sessuale, con il trascorrere degli anni questo tempo diviene refrattario anche in presenza di un intenso desiderio, periodo refrattario che tendendosi temporalmente con l'invecchiamento. Nella donna non necessariamente è presente un periodo refrattario; infatti, essa può provare orgasmi multipli. Tale possibilità dipende da diversi fattori, sia individuali che relazionali o contestuali.

La valutazione psicosessuale e gli interventi di riferimento

La valutazione psicosessuale rappresenta una fase fondamentale del processo psicoterapeutico, in quanto finalizzata alla costruzione dell'alleanza terapeutica, alla formulazione di ipotesi diagnostiche funzionali e descrittive (che contribuiscono alla concettualizzazione del caso) e alla definizione di un piano di intervento. L'assessment sessuologico rappresenta, infatti, una forma di valutazione psicologica strategicamente orientata e adattata al trattamento delle problematiche sessuali: essa consiste nell'applicare e modulare l'assessment della psicoterapia all'interno di un contesto di intervento sessuologico, mantenendo gli scopi generali della valutazione psicologica. Tale momento implica l'elaborazione di una visione complessiva del funzionamento del paziente, considerando le dimensioni fisica e di salute, emotiva, cognitiva e relazionale. La concettualizzazione del caso, che prende forma inizialmente durante la fase di assessment, rappresenta un processo dinamico e in continua evoluzione, che accompagna e si rimodula nel corso dell'intero percorso psicoterapeutico (Iuliano, 2025).

La conduzione di tale valutazione richiede che il terapeuta si senta sufficientemente sicuro e a proprio agio nel lavorare con problematiche associate all'intimità, alla sessualità e al piacere, in quanto il lavoro clinico lo esporrà necessariamente a racconti e narrazioni potenzialmente erotizzati che pos-

sono comportare dei rischi rispetto all'erotizzazione del setting. Un aspetto fondamentale riguarda il fatto che il terapeuta assuma un assetto empatico e non giudicante, che utilizzi un linguaggio inclusivo e che abbia compiuto un lavoro formativo e personale su eventuali pregiudizi culturali che potrebbero essere agiti nel lavoro terapeutico, favorendo effetti iatrogeni nel trattamento. Infatti, il semplice atto di parlare con il terapeuta di esperienze così intime costituisce, per il paziente, una prima forma di esposizione rispetto a vissuti di vergogna, imbarazzo e timore del giudizio, rendendo imprescindibile la presenza di un contesto percepito come sicuro e accogliente (Veglia, 2006). Tali considerazioni richiedono che il terapeuta utilizzi, sia nel dialogo clinico e sia negli interventi di psicoeducazione, un linguaggio chiaro, diretto ed esplicito, evitando domande vaghe che favoriscono difficoltà di risposta. La formazione specialistica in sessuologia clinica risulta un requisito fondamentale per padroneggiare metodi e tecniche necessari all'applicazione del trattamento, così come lo stato mentale e l'atteggiamento del terapeuta. Ciò risulta particolarmente rilevante poiché, così come il clinico osserva e valuta il paziente, anche il paziente osserva e "sente" il terapeuta: è in grado di cogliere il livello di interiorizzazione dei contenuti trasmessi e di intercettarne le risonanze emotive quando vengono affrontate specifiche tematiche sessuali (Iuliano, 2025).

Per quanto concerne la diagnosi descrittiva, si evidenzia che il lavoro in campo sessuologico sia vincolato necessariamente a un lavoro multidisciplinare e interdisciplinare. Nel DSM-5 (2013) la sezione dedicata alle disfunzioni sessuali³ orienta il professionista nel processo anamnestico, nella raccolta dei sintomi e dei segni clinici che consentono l'eventuale diagnosi: le disfunzioni sessuali rappresentano condizioni cliniche caratterizzate da alterazione persistente/ricorrente della risposta sessuale associata a disagio clinicamente significativo. Il criterio A fa riferimento ai sintomi clinici caratterizzanti del disturbo, mentre i criteri B e C fanno riferimento alla durata temporale minima (6 mesi), alla frequenza (75-100% dei rapporti) e alla valutazione della significatività del dialogo. Il criterio D afferma la necessità della diagnosi differenziale, tale da consentire l'esclusione di cause di natura neurobiologica, patologica, chirurgica e farmacologica, oppure di condizioni derivate da altri disturbi mentali, grave disagio relazionale o condizioni di stress significativo. Inoltre, andrà indagato se il disturbo sessuale sia primario-permanente (presente fin dall'inizio dell'attività sessuale) o acquisito, se generalizzato (indipendente da contesto, partner e tipo di stimolazione) o

³ In ambito sessuologico abbiamo tre categorie di sofferenza codificata: disforia di genere, parafilie, disfunzioni sessuali. In questo articolo l'attenzione sarà esclusiva sulle disfunzioni sessuali.

situazionale. Nel DSM-5-TR le disfunzioni sessuali maschili risultano il disturbo del desiderio sessuale ipoattivo maschile, il disturbo erettile, l'eiaculazione precoce e l'eiaculazione ritardata mentre le disfunzioni sessuali femminili sono il disturbo del desiderio sessuale ipoattivo femminile, il disturbo dell'eccitazione sessuale femminile, il disturbo dell'orgasmo femminile e il disturbo genito-pelvico da dolore/penetrazione.

Attraverso un approccio cognitivo-evoluzionista (Liotti, 1994) integrato a un approccio cognitivo-costruttivista (Guidano, 1991) e narrativo (Veglia, 1999), l'analisi dei sistemi motivazionali arcaici, interpersonali ed epistemici consente di costruire ipotesi di funzionamento generale e di inquadrare e generare ipotesi esplicative rispetto alla disfunzione sessuale e alla diagnosi funzionale. I metodi fondamentali ed essenziali da applicare riguardano le procedure di analisi funzionale, di anamnesi psicosessuale e di formulazione di ipotesi diagnostiche funzionali.

L'anamnesi psicosessuale risulta un'esplorazione approfondita della storia evolutiva sessuale e affettiva attraverso le fasi di sviluppo ontogenetico, degli eventi significativi ed eventualmente critici o traumatici per la persona: tale esplorazione va organizzata in campi che consentano di includere l'identità di genere e l'orientamento sessuale, i ruoli di genere e l'educazione sessuale familiare e culturale, le dinamiche interpersonali sessuali e affettive, le fantasie erotiche e le pratiche di masturbazione. Nel processo anamnestico particolare attenzione andrà posta al grado di integrazione narrativa rispetto alle dimensioni della sessualità (Veglia, 2003; 2006).

Per quanto concerne l'analisi funzionale degli episodi significativi, fondamentale per il procedimento diagnostico, la struttura classica va applicata e scene di intimità che verranno esplorate attraverso un canovaccio strumentale alla raccolta delle informazioni salienti per la comprensione e spiegazione del problema (Veglia, 2006):

1. anticipazione cognitiva del rapporto sessuale;
2. approccio;
3. petting non genitale;
4. petting genitale;
5. eventuali orgasmi durante il petting;
6. decisione della penetrazione;
7. penetrazione;
8. coito;
9. eventuali orgasmi durante il coito;
10. eventuale ripresa dell'attività sessuale dopo la fase di latenza;
11. conclusione dell'attività sessuale.

Nella formulazione di ipotesi diagnostiche funzionali è rilevante individuare l'esordio del disturbo sessuale, i fattori di scompenso e di mantenimento del problema, differenziando fra quattro condizioni diagnostiche essenziali e non mutuamente esclusive (Veglia & Borghino, 2018):

- *deficit*, ovvero la problematica sessuale è la conseguenza di un deficit esperienziale, di conoscenza, oppure associato a condizioni di disabilità, e quindi necessita di un intervento abilitativo/riabilitativo;
- *disturbo*, per cui la condizione di malessere si associa a processi percettivi e valutativi emergenti nell'esperienza di intimità sessuale, motivando la ricerca di un'esperienza emotiva correttiva nell'esperienza sesso-affettiva;
- *interpersonale*, ossia, la disfunzione è l'effetto di cicli interpersonali disfunzionali;
- *psicopatologia*, ovvero l'evento è secondario rispetto a un disturbo primario;
- *condizioni mediche*, chirurgiche o farmacologiche.

La consulenza psicosessuale solitamente prevede un numero limitato di incontri che orientano la formulazione di un piano di trattamento prevedibilmente efficace:

1. *Consulenza psicosessuale e psicoeducazione*. Il criterio generale di scelta risulta connesso a situazioni di deficit esperienziale che hanno ostacolato un adeguato apprendimento oppure l'internalizzazione di rappresentazioni mentali disfunzionali che impediscono la realizzazione di un'esperienza sessoaffettiva soddisfacente: gli interventi privilegiati sono di psicoeducazione strategicamente orientata che garantiscano di acquisire conoscenza e consapevolezza utili alla risoluzione del problema.
2. *Terapia mansionale integrata*. La terapia mansionale integrata (Fenelli & Lorenzini, 2014) risulta adeguata nelle situazioni in cui è necessario costruire condizioni favorevoli per un'esperienza sessuale e affettiva significativa capace di revisionare la percezione e la valutazione della realtà: tale trattamento risulta efficace quando non si rilevano fattori psicopatologici individuali o cicli interpersonali disfunzionali eccedenti rispetto all'esperienza sessuale. La terapia mansionale integrata è un trattamento breve strategico che prevede l'applicazione di un metodo proceduralizzato e direttivo, efficace nel trattamento delle disfunzioni sessuali: mentre la struttura generale e strategica del trattamento si realizza attraverso un metodo generale, ogni disfunzione specifica richiede un piano altrettanto

specifico e personalizzato rispetto al singolo caso. La struttura generale prevede idealmente un'esplorazione progressiva di sé e del piacere articolata in quattro fasi, ciascuna delle quali prevede la proposta di mansioni: 1) conoscenza di Sé; 2) conoscenza dell'Altro e di Sé attraverso l'Altro; 3) conoscenza del proprio piacere; 4) conoscenza del piacere e dell'intimità interpersonale.

3. *Psicoterapia focalizzata sul sintomo sessuale*. Indicata laddove la disfunzione sessuale risulta l'unica area critica associata a componenti psicologiche individuali (Veglia & Borghino, 2018): lo scopo è un aumento della consapevolezza psicologica, finalizzata alla rielaborazione dei significati implicati nella disfunzione sessuale attraverso l'analisi della storia di vita, con particolare riferimento alla storia di attaccamento e alla storia sessuoaffective.
4. *Terapia della coppia*. La terapia di coppia risulta il trattamento prevedibilmente più efficace ove la disfunzione sessuale sia conseguenza di cicli interpersonali disfunzionali che si riflettono sull'esperienza sessuale, eventualmente sulla qualità del legame affettivo: l'intervento sarà focalizzato sull'aumento di consapevolezza rispetto alle dinamiche relazionali e sui processi di comunicazione efficace.
5. *Psicoterapia individuale*. La psicoterapia individuale si configura come un'opzione di trattamento indicata quando la disfunzione sessuale si configura come un epifenomeno di un disturbo psicologico più ampio o come esito di esperienze traumatiche, richiedendo, pertanto, un intervento terapeutico ad ampio spettro.
6. *Terapia medica farmacologica o chirurgica*. Quando l'eziologia organica risulta evidente per cause biologiche verificabili, alterazioni anatomiche oppure deficit ormonali.

Risulta utile segnalare che le disfunzioni sessuali, soprattutto quando di carattere generalizzato, necessitano di una formazione specialistica in sessuologia clinica, un approccio multidisciplinare e multimodale che si realizza esclusivamente attraverso un lavoro di équipe.

Un caso clinico (a cura di V. Lupo)

Descriveremo il caso di un paziente con disfunzione erettile (DSM-5-TR, ICD-10-CM: F52.21) (DE) cronicizzata in un giovane adulto, inquadrata secondo la terapia metacognitiva interpersonale (Dimaggio *et al.*, 2019; 2024) e trattato mediante un protocollo integrato di TMI, terapia cogniti-

vo-comportamentale (TCC) e terapia mansionale. La DE rappresenta uno dei disturbi sessuali più comuni nella popolazione maschile. Pur potendo avere un'eziologia organica, una quota significativa dei casi deriva da fattori psicologici. I modelli cognitivo-comportamentali descrivono il ruolo di processi quali monitoraggio della performance, attenzione selettiva agli indizi di fallimento, rimuginio anticipatorio e valutazione ipercritica dell'erezione come elementi centrali nel mantenimento del disturbo. La TMI esplora come tali processi siano causati da schemi interpersonali maladattivi (SIM) nei quali il soggetto si rappresenta l'altro – reale o interiorizzato – come svalutante o invalidante rispetto a bisogni interpersonali sani, quali ricevere apprezzamento, sostegno, cure, ecc. La mancata soddisfazione di tali bisogni motivazionali o l'aspettativa di non poterla ottenere possono generare cicli interpersonali auto-rinforzanti.

Michele è un uomo di 30 anni che richiede una consulenza per intensa ansia anticipatoria associata alla possibilità di avere rapporti sessuali con una nuova partner conosciuta da poco. La sintomatologia consiste in perdita dell'erezione al momento della penetrazione, marcata attivazione fisiologica anticipatoria, rimuginio, ruminazione post-evento, evitamento sistematico di situazioni erotiche e timore pronunciato di deludere la partner. Tali episodi ripetuti generarono vissuti persistenti di vergogna, umiliazione e senso di colpa, consolidati da elaborazione ruminativa e forte ansia anticipatoria. Negli anni successivi, anche dopo la fine della relazione, Michele ha adottato strategie di evitamento cognitivo e comportamentale che hanno ostacolato sia l'inizio di rapporti sessuali occasionali sia lo sviluppo di relazioni intime stabili. L'esordio della DE risale a una delle sue relazioni precedenti, avuta circa dieci anni prima, quando alcuni episodi di mancata erezione – causati da intensa stanchezza fisica – furono seguiti da reazioni svalutanti e colpevolizzanti della partner. Questi episodi ripetuti hanno generato vissuti di vergogna, umiliazione e senso di colpa, favorendo processi di ruminazione sull'accaduto e di rimuginio anticipatorio in vista dei successivi incontri. Negli anni seguenti, anche dopo la chiusura della relazione, Michele ha messo in atto evitamenti cognitivi e comportamentali sistematici, impedendo di fatto sia di avere rapporti sessuali occasionali che di sviluppare relazioni intime stabili. Sono state escluse cause organiche di DE: sia l'autoerotismo sia le attività preliminari risultavano normofunzionali; una successiva valutazione andrologica ha confermato l'assenza di patologie mediche. Secondo i criteri DSM-5 (APA, 2013), il paziente soddisfa i criteri A, B, C, D giungendo a una diagnosi di Disturbo Erettile (302.72), di tipo acquisito, situazionale e grave, in un quadro di tratti di personalità marcatamente narcisistici (sottotipo *covert*), pur non configurando un disturbo di personalità conclamato.

Secondo una concettualizzazione in ottica TMI, il funzionamento globale di Michele appare pervasivamente organizzato sul sistema motivazionale di rango. L'attivazione del sistema sessuale/sentimentale determina un rapido spostamento sul rango, con conseguente inibizione del desiderio (*wish*) di intimità emotiva e sessuale. Tale bisogno risulta minacciato dalla rappresentazione interna di una partner percepita come svalutante o derisoria. Questo assetto attiva vergogna identitaria, intensa ansia anticipatoria e la riemersione di un'immagine di sé come inadeguato ("*Non sono capace*") contribuendo così al mantenimento dei cicli disfunzionali tipici del paziente. Le ridotte capacità metacognitive favoriscono l'utilizzo di vari coping disfunzionali (evitamento, monitoraggio, rimuginio), limitando l'accesso a strategie più adattive e ostacolando il contatto con la parte sana, orientata a relazioni affettivo-sessuali caratterizzate da spontaneità e reciprocità piuttosto che da dinamiche competitive.

La psicoeducazione iniziale è stata centrata sul funzionamento sessuale e sul circolo vizioso dell'ansia associato agli evitamenti. Attraverso tecniche di *imagery*, una delle tante procedure esperienziali bottom-up afferenti alla terza onda della TCC, focalizzate su episodi significativi del presente e memorie associate precoci, Michele ha acquisito maggior consapevolezza del proprio schema agonistico e dei correlati emotivi. Sono emersi numerosi antecedenti evolutivi associati all'immagine di sé inadeguata: un padre svalutante e controllante, una madre ansiosa dopo la separazione, e un allenatore calcistico che lo umiliava pubblicamente da bambino. Tecniche di *imagery with rescripting* e *role playing* sono state impiegate per rielaborare tali memorie, ridurre la carica emotiva e attenuarne l'impatto nel presente.

Parallelamente, i processi cognitivi perseverativi (rimuginio, ruminazione, *gap filling*, monitoraggio) sono stati trattati tramite scomposizione attentiva, spostamento attentivo e altre procedure derivanti dalla terapia metacognitiva di Adrian Wells (Wells, 2018). Sono state inoltre adottate tecniche di ristrutturazione cognitiva per modificare pensieri negativi e credenze disfunzionali. Ciò ha permesso a Michele di ridefinire l'incontro sessuale non più come un compito ad alta prestazione – metaforicamente, "calciare un rigore nella finale dei Mondiali" – ma come un'esperienza relazionale condivisa in una condizione di pari dignità e reciprocità.

La relazione terapeutica e l'alleanza di lavoro con Michele sono state sempre solide e stabili per l'intero trattamento, non ci sono mai state flessioni o rotture.

Dopo circa due mesi, si è concordato l'avvio graduale delle esposizioni. Inizialmente, le esposizioni immaginative hanno permesso l'apprendimento di strategie di regolazione dell'attivazione corporea e dell'ansia da applicare

prima e durante gli incontri sessuali. Successivamente sono state introdotte esposizioni in vivo con la partner, superando comportamenti evitanti che Michele metteva sistematicamente in atto (ad esempio, uscire senza preservativi, evitare luoghi appartati, concludere la serata in luoghi pubblici, ecc.). La difficoltà prevalente che abbiamo avuto in questa fase consisteva nella vergogna di comunicare alla partner la propria problematica; nelle prime fasi, il paziente ha quindi dovuto mettere in pratica le strategie apprese senza supporto diretto della partner, esperienza che ha tuttavia favorito la consapevolezza dello schema di inadeguatezza. Anche grazie all'atteggiamento comprensivo e paziente della compagna, Michele ha sperimentato alcuni rapporti soddisfacenti, con conseguente incremento dell'autoefficacia e della fiducia interpersonale. Una volta raggiunta questa base, è stato possibile inserire progressivamente procedure derivanti dalla terapia mansionale: contatti intimi non sessuali, focalizzazione sensoriale, attività condivise orientate al piacere, e graduale tentativo di penetrazione solo in condizioni di attivazione fisiologica adeguatamente ridotta. In caso di difficoltà, veniva incoraggiata una pausa per ristabilire la regolazione emotiva, ritornando a contatti non sessuali e reintroducendo la possibilità di riprovare senza pressione prestazionale. Il focus è stato costantemente spostato dalla performance alla qualità della connessione emotivo-sessuale con la partner, mantenendo attivo e legittimato il desiderio sessuale del paziente e la condivisione con la partner. Dopo alcuni mesi, Michele ha compiuto un passaggio cruciale: dal semplice riconoscimento dei propri schemi maladattivi alla capacità di differenziarsi da essi, promuovendo processi di defusione, distanza critica e rafforzamento delle parti sane.

Dopo circa sei mesi di trattamento a cadenza settimanale, Michele presenta:

- significativa remissione degli episodi di DE;
- marcata riduzione dell'ansia anticipatoria e maggiore capacità di gestirla;
- incremento della padronanza sui processi cognitivi perseverativi;
- maggiore consapevolezza e regolazione delle emozioni;
- legittimazione dei propri desideri sessuali all'interno di un contesto relazionale percepito come sicuro;
- drastica riduzione della rappresentazione della partner come giudicante o svalutante.

La vita sessuale del paziente risulta attualmente più spontanea, libera e soddisfacente, con un funzionamento globale significativamente migliorato.

Il caso evidenzia come la DE psicogena in un giovane adulto possa essere fortemente influenzata da schemi interpersonali maladattivi radicati, da cre-

denze disfunzionali, processi cognitivi perseverativi ed evitamenti comportamentali e cognitivi. L'approccio integrato TMI per il lavoro sugli schemi e sulle funzioni metacognitive, TCC per la componente prestazionale e mansionale per l'aspetto sessuale esperienziale si è rivelato efficace nel modificare sia i fattori di mantenimento prossimali sia i fattori distali di vulnerabilità. Elemento rilevante è stato il ruolo della relazione terapeutica, stabile e sicura, che ha favorito l'utilizzo di strategie di *mastery* più mature e la progressiva ridefinizione della sessualità non come prova di valore personale, ma come esperienza relazionale condivisa.

Conclusioni

L'esperienza sessuale va codificata attraverso una teoria della sessualità umana integrata entro un modello di funzionamento generale che permetta di descrivere, spiegare e comprendere il comportamento sessuale, espressione 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),

Il trattamento delle disfunzioni sessuali necessita di una formazione specialistica che consenta al professionista di padroneggiare efficacemente sia il processo di valutazione psicosessuale sia il piano di trattamento conseguente.

Il caso clinico presentato evidenzia come un approccio integrato e orientato ai processi consenta di intervenire efficacemente sulle disfunzioni sessuali, superando una lettura esclusivamente sintomatologica. L'integrazione tra lavoro metacognitivo, interventi cognitivo-comportamentali ed esperienza sessuale guidata permette non solo la remissione del sintomo, ma una ridefinizione più ampia del significato della sessualità come esperienza relazionale, incarnata e condivisa.

Bibliografia

- American Psychiatric Association (2014). *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (5ª ed.)* – DMS-5. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Basson R. (2000). The female sexual response: A different model. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 26(1): 51-65.
- Boncinelli V., Alei G., Del Noce G., Rossi A. & Tampelli A. (2018). Le terapie delle problematiche del piacere maschile. In: Boncinelli V., Rossetto M. & Veglia F. (a cura di). *Sessuologia clinica. Modelli di intervento, diagnosi e terapie integrate*. Trento: Erickson.

- Dimaggio G., Centonze A. & Ottavi P. (a cura di). (2024). *Relazione terapeutica e tecniche esperienziali. Terapia metacognitiva interpersonale*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Dimaggio G., Ottavi P. & Popolo R. (2019). *Corpo, immaginazione e cambiamento. Terapia metacognitiva interpersonale*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Fenelli A. & Lorenzin R. (2014). *Clinica delle disfunzioni sessuali*. Roma: Carocci Faber.
- Fiore P., Finzi S., Roberto M., Pellegrini R. & Veglia F. (2025). La formazione sessuologica: modelli, competenze e direzioni. In: Cavallo F. (a cura di), *Manuale di sessuologia clinica. Sesso, genere e orientamento: nuove sfide e competenze in psicoterapia*. Roma: Carocci.
- Guidano V.F. (1991). *The self in process: Toward a post-rationalist cognitive therapy*. New York: Guilford Press.
- Iuliano C. (2025). *Sessualità: corpo, relazione e trauma*. Roma: Giovanni Fioriti.
- Kaplan H.S. (1974). *The New Sex Therapy*. New York: Brunner/Mazel.
- Liotti G. (1994). *La dimensione interpersonale della coscienza. Psicopatologia e psicoterapia dei processi dissociativi*. Roma-Bari: Laterza.
- Masters W.H. & Johnson V.E. (1966). *Human sexual response*. Boston: Little, Brown and Company.
- Okon-Singer H., Hendler T., Pessoa L. & Shackman A.J. (2015). The neurobiology of emotion-cognition interactions: fundamental questions and strategies for future research. *Frontiers in Human Neuroscience*, 9: 58. DOI: 10.3389/fnhum.2015.00058.
- Pessoa L., Medina L., Hof P.R. & Desfilis E. (2019). Neural architecture of the vertebrate brain: Implications for the interaction between emotion and cognition. *Neuro- science and Biobehavioral Reviews*, 107: 296-312. DOI: 10.1016/j.neubior-ev.2019.09.021.
- Steffen P.R., Hedges D. & Matheson R. (2022). The brain is adaptive not triune: How the brain responds to threat, challenge, and change. *Frontiers in Psychiatry*, 13: 802606. DOI: 10.3389/fpsyt.2022.802606.
- 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.
- Wells A. (2018). *Terapia metacognitiva dei disturbi d'ansia e della depressione*. Trento: Erickson.
- World Health Organization (2021). *World Health Statistics 2021: Monitoring Health for the SDGs, Sustainable Development Goals*. Geneva: World Health Organization.