

57

PUBBLICAZIONE SEMESTRALE

DICEMBRE

2025

QUADERNI

DI PSICOTERAPIA COGNITIVA



FrancoAngeli 

PUBBLICAZIONE SEMESTRALE

QUADERNI

DI PSICOTERAPIA COGNITIVA



FrancoAngeli 

DIRETTORE: Lorenza Isola

VICE DIRETTORE: Marco Bani, Michele Giannotti, Michele Procacci

DIRETTORE RESPONSABILE: Valeria Vantaggi

COMITATO DI REDAZIONE: Simone Arena, Enrica De Giorgi, Marianna Russo, Valeria Semeraro

COMITATO SCIENTIFICO: Rita Ardito, Carlo Buonanno, Luca Canestri, Antonella Carassa, Antonino Carcione, Gabriele Chiari, Lorenzo Cionini, Livia Colle, Giovanni Fassone, Donatella Fiore, Furio Lambruschi, Andrea Landini, Giovanni Liotti†, Francesco Mancini, Chiara Manfredi, Giuseppe Nicolò, Antonio Onofri, Cristina Ortu, Susanna Pallini, Cristiana Patrizi, Roberto Pedone, Renato Proietti, Gianluca Provvedi, Clarice Ranfagni, Mario Reda, Giorgio Rezzonico, Antonio Semerari, Savina Stoppa Beretta, Mariagrazia Strepparava

REDAZIONE CENTRALE: Viale Castro Pretorio, 116 – 00185 Roma, tel. 06/44704193, fax 06/44360720, e-mail: quaderni@sitcc.it

Gli articoli della Rivista sono sottoposti a referaggio

Autorizzazione del Tribunale di Torino n. 4984 del 14/10/1996 – Semestrale – Direttore responsabile: Valeria Vantaggi – Poste Italiane Spa – Sped. in abb. post. – D.L. 353/2003 (conv. in L. 27/02/2004 n. 46) art. 1, comma 1, DCB Milano – Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l. – Stampa: Geca - Divisione Libri di Ciscra Spa, Via Belvedere 42, 20862 Arcore (MB).

Pubblicato con licenza Creative Commons Attribuzione - Non commerciale - Non opere derivate 4.0 Internazionale (CC BY-NC-ND 4.0).

Sono riservati i diritti per Text and Data Mining (TDM), AI training e tutte le tecnologie simili.

I link attivi e gli eventuali QR code inseriti nel volume sono forniti dall'autore. L'editore non si assume alcuna responsabilità su link e QR code ivi contenuti che rimandano a siti non appartenenti a FrancoAngeli.

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore. L'Utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le condizioni della licenza d'uso dell'opera previste e comunicate sul sito <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.it>.

ISSNe 2281-6046

Amministrazione - Distribuzione: FrancoAngeli srl, viale Monza 106, 20127 Milano. Tel. +39.02.2837141, e-mail: riviste@francoangeli.it.

II Semestre 2025 – Data di prima pubblicazione: giugno 2026

Editoriale di <i>Francesca Cavallo, Ivan De Marco</i>	pag. 5
--	--------

LA SESSUALITÀ IN PSICOTERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTALE

Processo di assessment in psicoterapia e anamnesi sessuologica di <i>Paolo Fiore, Sarah Finzi, Giovanna Verde, Jacopo Stringo, Jessica Ferrigno, Francesca Cavallo</i>	» 9
---	-----

La multidimensionalità dell'educazione sessuale di <i>Ivan De Marco, Francesca Cavallo, Federico Dibennardo, Jacopo Stringo, Paolo Fiore, Carla Iuliano, Gabriele Einaudi</i>	» 22
--	------

Violenza di Genere: criticità, bias e ruolo del terapeuta di <i>Luca Amato, Giovanna Verde, Jessica Ferrigno, Jacopo Stringo, Francesca Cavallo</i>	» 37
--	------

Il trattamento delle disfunzioni sessuali di <i>Paolo Fiore, Massimo Esposito, Carla Iuliano, Gaia Polloni, Vito Lupo</i>	» 53
--	------

Ritrovare l'intimità: un modello integrato per comprendere e trattare i problemi sessuali di <i>Massimo Esposito, Paolo Fiore, Vito Lupo, Gaia Polloni, Carla Iuliano</i>	» 68
---	------

La sessualità nelle condizioni di fragilità:
suggerimenti di buona pratica clinica
di *Fausta Martino, Sibilla Giangreco, Stefania Traini,*
Jacopo Stringo, Vito Lupo, Francesca Cavallo pag. 83

LGBTQIA+ e intersezionalità: inclusività in terapia
di *Federico Dibennardo, Gabriele Einaudi,*
Sarah Finzi, Camilla Corradelli » 101

Neurodivergenze e sessualità: complessità cliniche e prospettive
di intervento nella psicoterapia cognitivo-comportamentale
di *Gabriele Einaudi, Vito Lupo, Camilla Corradelli,*
Fabio Ratti, Giovanna Verde, Sarah Finzi » 119

RECENSIONI

Carla Iuliano. *Sessualità: corpo, relazione e trauma:*
strumenti clinici di psicoeducazione, assessment
e psicoterapia cognitiva integrata con EMDR
per il trattamento delle problematiche sessuali
di *Cecilia La Rosa* » 135

Simone Cheli. *L'animale che si credeva altro.*
Guida facile alla psicologia evoluzionistica in sette storie
di *Verena Balbo* » 137

Isabella Cardani, Marta Rizzi, Giorgio Rezzonico (a cura di).
Gli albi illustrati nella pratica clinica
di *Elisa Morosi* » 141

Editoriale

Francesca Cavallo*, Ivan De Marco**



La sessualità continua a occupare una posizione paradossale nella pratica psicoterapeutica: onnipresente nell'esperienza dei pazienti, spesso assente dal setting clinico. La ricerca epidemiologica documenta in modo consistente come i problemi sessuali siano tra le difficoltà più frequentemente riportate dalla popolazione generale – con stime che variano tra il 30% e il 45% a seconda del genere, dell'età e degli strumenti utilizzati – eppure la formazione dei professionisti della salute mentale dedica loro uno spazio marginale, e la pratica clinica li affronta spesso solo quando il paziente li introduce esplicitamente. Il risultato è un divario sistematico tra il peso soggettivo che la sessualità ha nella vita delle persone e la centralità che riceve nel lavoro terapeutico.

Questo numero monografico nasce da un'insoddisfazione per questa asimmetria e dalla convinzione che la psicoterapia cognitivo-comportamentale disponga degli strumenti teorici e tecnici per affrontare la sessualità con lo stesso rigore con cui affronta qualunque altro dominio del funzionamento psicologico. La psicoterapia ha storicamente trattato la sessualità secondo due modalità ugualmente riduttive: o la concentra nell'ambito specialistico delle disfunzioni, producendo protocolli efficaci ma decontestualiz-

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

** Psicologo, Psicoterapeuta, Dottore di ricerca, Sessuologo, Co-coordinatore Area di Interesse Sessuologia SITCC, CBT Academy, IUSTO, Centro Studi Autopoiesi, C.so A. De Gasperi 32, 10129 Torino; e-mail: ivan.demarco@ius.to.

Quaderni di Psicoterapia Cognitiva (ISSNe 2281-6046), n. 57/2025
DOI: 10.3280/qpc57-2025oa23106

zati dall'esperienza complessiva della persona, oppure la omette sistematicamente dai percorsi di assessment e formulazione del caso, come se si trattasse di un'area clinicamente secondaria. In entrambi i casi, il risultato è lo stesso: la sessualità rimane ai margini del lavoro terapeutico, separata dalle altre dimensioni del funzionamento psicologico invece di essere integrata in esse. La sessualità, intesa in una prospettiva biopsicosociale, non si riduce al comportamento erotico né tantomeno alle sue disfunzioni. Essa include la consapevolezza della propria identità sessuale nella sua complessità – identità di genere, sesso biologico, orientamento sessuale – e le modalità con cui questa identità si costruisce, si negozia e si esprime nelle relazioni intime nel corso del ciclo di vita. Così come esploriamo sistematicamente aree di vita apparentemente prive di criticità, è clinicamente rilevante indagare la sfera sessuale in tutta la sua complessità: non come mero comportamento, ma come dimensione identitaria che integra consapevolezza di sé, corpo, relazioni e contesto socioculturale. In questa prospettiva, lavorare sulla sessualità in psicoterapia non è un di più, ma una delle strade più dirette verso la comprensione di come una persona costruisce il senso di sé e il proprio posto nel mondo relazionale.

I contributi raccolti in questo volume monografico sono stati elaborati nell'ambito del gruppo di lavoro Area di interesse in Sessuologia Clinica (AIS) della SITCC, Società Italiana di Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale, che è composto da membri di una rete clinica e di formazione che da anni lavora sull'integrazione tra sessuologia e psicoterapia cognitivo-comportamentale. I temi affrontati coprono un arco volutamente ampio, strutturato secondo una logica che non è enciclopedica ma clinica: qualunque lavoro sulla sessualità richiede simultaneamente competenza tecnica, sensibilità al contesto e posizionamento etico. Nessuno dei tre è sufficiente da solo.

Il volume si apre con il processo di assessment e l'anamnesi sessuologica, perché la qualità della valutazione è la condizione di possibilità di qualsiasi intervento: senza un'esplorazione sistematica e non giudicante della storia sessuale del paziente, il rischio è di costruire formulazioni del caso strutturalmente incomplete. Segue un capitolo sulla multidimensionalità dell'educazione sessuale, intesa non come trasmissione di nozioni biologiche ma come intervento clinico e preventivo che agisce su rappresentazioni, credenze e competenze relazionali. Il tema della violenza di genere viene affrontato con attenzione alle criticità sistemiche del contesto italiano, ai bias cognitivi ed emotivi del terapeuta e al difficile equilibrio, che la letteratura più recente declina in termini di mentalizzazione, tra accoglienza non giudicante dell'autore e ferma responsabilizzazione rispetto agli atti agiti. I capitoli sulle disfun-

zioni sessuali e sui modelli integrati di trattamento offrono un quadro evidence-based che supera la dicotomia organo/mente ancora troppo presente nella pratica clinica ordinaria.

La seconda parte del volume si concentra su popolazioni e contesti che la clinica tradizionale ha affrontato con insufficiente specificità. Le condizioni di fragilità, come ad esempio nella disabilità, e nell'invecchiamento, mettono a nudo un pregiudizio implicito diffuso tra i clinici: che la sessualità sia prerogativa dei corpi sani e giovani, e che in presenza di fragilità possa essere accantonata senza costi per il benessere del paziente. La letteratura smentisce questa assunzione con dati consistenti. Il capitolo dedicato alle identità LGBTQIA+ e all'intersezionalità chiarisce come i modelli del minority stress e delle organizzazioni di significato personale possano integrarsi senza perdere rigore metodologico, e come il posizionamento etico del terapeuta in un contesto strutturalmente eteronormativo non sia un elemento accessorio della relazione terapeutica, ma una variabile clinicamente rilevante. Il contributo sulle neurodivergenze introduce concetti come il Double Empathy Problem e il masking nelle relazioni intime, proponendo una cornice neurodiversity-affirming compatibile con la CBT evidence-based e clinicamente necessaria per evitare formulazioni che patologizzano adattamenti contestualmente razionali.

Un'avvertenza che riteniamo necessaria prima di lasciare spazio ai contributi. Lavorare sulla sessualità in psicoterapia richiede che il clinico faccia i conti con i propri bias, culturali, valoriali, teorici, prima ancora di occuparsi di quelli del paziente. Ogni capitolo di questo volume tocca, in modo esplicito o implicito, il tema del posizionamento del terapeuta: davanti alla vittima di violenza e davanti al suo autore, davanti al paziente LGBTQIA+ in un setting ancora spesso implicitamente eteronormativo, davanti alla persona neurodivergente che ha interiorizzato l'idea di essere incompatibile con l'intimità, davanti all'anziano o al disabile per cui la sessualità è considerata, dal contesto prima ancora che dal clinico, un desiderio non pertinente. La cosiddetta neutralità terapeutica, in questi contesti, non è un'opzione clinicamente neutrale: è una scelta, e spesso una scelta che replica nel setting le stesse dinamiche di invisibilizzazione che il paziente sperimenta all'esterno.

Questo numero monografico è il risultato di un lavoro collettivo che ha coinvolto clinici, ricercatori, docenti e specializzandi con formazioni e prospettive differenti. La pluralità delle voci, nelle sfumature teoriche, nei casi clinici scelti, nell'uso della letteratura, mostra la complessità della sessualità umana, la quale merita e richiede approcci multipli. Ciò che accomuna tutti i contributi è la convinzione che occuparsi di sessualità nella stanza di terapia sia una reale necessità clinica, non un'opzione, e che farlo bene richieda

competenze specifiche, consapevolezza dei propri limiti e una disponibilità genuina a interrogare le proprie cornici normative implicite, in processo costante di disciplina interiore del terapeuta.

Ringraziamo la redazione dei Quaderni di Psicoterapia Cognitiva per aver creduto nella rilevanza clinica di questo tema e per aver sostenuto la necessità di dedicare uno spazio strutturato alla sessualità all'interno del dibattito scientifico della psicoterapia cognitivo-comportamentale italiana. La loro disponibilità ha reso possibile un lavoro che speriamo contribuisca a rendere la sessualità una presenza ordinaria, e non più eccezionale, nella pratica clinica quotidiana.

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.

La multidimensionalità dell'educazione sessuale



Ivan De Marco*, Francesca Cavallo**,
Federico Dibennardo***, Jacopo Stringo****,
Paolo Fiore***** , Carla Iuliano***** , Gabriele Einaudi*****

Ricevuto il 17 dicembre 2025, accettato il 26 maggio 2026

Sommario

L'articolo analizza in modo approfondito il ruolo dell'educazione affettiva e sessuale come componente essenziale della salute pubblica e dello sviluppo umano lungo tutto l'arco di vita. A partire dalla definizione di salute dell'OMS, viene evidenziata l'inscindibile interconnessione tra sessualità e affettività, sostenuta da ampie evidenze scientifiche in ambito psicologico, sessuologico e relazionale. Gli autori sottolineano come in Italia l'educazione ses-

* Psicologo, Psicoterapeuta, Dottore di ricerca, Sessuologo, Co-coordinatore Area di Interesse Sessuologia SITCC, CBT Academy, IUSTO, Centro Studi Autopoiesi, C.so A. De Gasperi 32 – 10129 Torino; ivan.demarco@ius.to.

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

*** Psicologo, Psicoterapeuta, Università di Parma, Dipartimento di Medicina, Via Lata 217 – 00049 Velletri; info@federicodibennardo.it.

**** Psicologo, PhD candidate, Università degli studi di Bergamo, via Salvecchio 19, 24129; Coordinamento Esecutivo CRiSiCo – IULM; membro GdLmLGBTQI+ dell'Ordine Psicologi Lombardia; info.jacopostringo@gmail.com.

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

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

***** Psicologo, Psicoterapeuta, Sessuologo, Dipartimento di Psicologia, Università degli studi di Torino – 10124 Torino; Centro Clinico Crocetta, Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Cognitiva, 10129 Torino; g.einaudi@unito.it.

Quaderni di Psicoterapia Cognitiva (ISSNe 2281-6046), n. 57/2025
DOI: 10.3280/qpc57-2025oa23109

suale sia frammentaria, non obbligatoria e priva di un quadro normativo unitario, collocando il Paese tra gli ultimi in Europa per implementazione effettiva.

Le evidenze internazionali (OMS, UNESCO, UE) dimostrano che i programmi di Comprehensive Sexuality Education riducono gravidanze adolescenziali, infezioni sessualmente trasmissibili e comportamenti a rischio, promuovendo competenze emotive, consenso, rispetto e cittadinanza responsabile. L'educazione precoce non anticipa l'attività sessuale, ma funge da prevenzione primaria contro violenza, discriminazione e disinformazione, aggravata oggi dall'uso di pornografia online come principale fonte informativa per molti adolescenti.

L'articolo propone un caso clinico a conclusione, per portare una riflessione clinica a supporto di quanto introdotto nelle righe precedenti. Il trattamento, che segue i vari step della terapia, mostra in modo pratico e applicativo quanto l'educazione e la terapia affettiva e sessuale siano indispensabili per il benessere individuale, relazionale e sociale, e come viceversa la sua assenza rappresenti un concreto rischio sanitario ed educativo.

Parole chiave: Comprehensive Sexuality Education (CSE), sviluppo affettivo-sessuale, promozione di salute pubblica, terapia cognitivo-comportamentale, studio di caso.

The multidimensionality of sex education

Abstract

The article provides an in-depth analysis of the role of affective and sexual education as an essential component of public health and human development across the entire lifespan. Drawing on the World Health Organization's definition of health, it highlights the inseparable interconnection between sexuality and affectivity, supported by extensive scientific evidence from psychological, sexological, and relational research. The authors emphasize that in Italy sexual education remains fragmented, non-compulsory, and lacking a unified regulatory framework, placing the country among the lowest in Europe in terms of effective implementation.

International evidence (WHO, UNESCO, EU) demonstrates that Comprehensive Sexuality Education programs reduce adolescent pregnancies, sexually transmitted infections, and risk behaviors, while fostering emotional competencies, consent, respect, and responsible citizenship. Early education does not anticipate sexual activity; rather, it functions as primary prevention against violence, discrimination, and misinformation, issues that are currently exacerbated by the widespread use of online pornography as a primary source of information for many adolescents.

The article concludes with a clinical case study, offering a practice-based reflection that supports the theoretical framework presented in the preceding sections. The treatment process, following the successive stages of therapy, illustrates in a concrete and applied manner how affective and sexual education and therapy are indispensable for individual, relational, and social well-being, and conversely how their absence constitutes a tangible public health and educational risk.

Keywords: Comprehensive Sexuality Education (CSE), Affective-Sexual Development, Public Health Promotion, Cognitive-Behavioral Therapy, Clinical Case Study.

Introduzione

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), fin dalla sua fondazione nel 1948, si pose come obiettivo il raggiungimento, da parte di tutte le popolazioni, del più alto livello possibile di salute; la salute venne quindi definita come uno stato di completo benessere fisico, sociale e mentale, e nelle specifiche si troveranno, in seguito, non solo la salute sessuale ma anche la guida standard di educazione sessuale in Europa, ovvero una guida per i governi, sviluppata dall'Ufficio Regionale per l'Europa dell'OMS¹. Nel nostro Paese, per attrarre la benevolenza delle istituzioni, si parla spesso di educazione alla sessualità e all'affettività, come se si dovessero tenere unite due aree distinte dell'esperienza umana. Diverse pubblicazioni scientifiche, al di là degli studi pionieristici di S. Freud (1905), nell'ambito della Sessuologia (Ross, 2013), della Teoria dell'Attaccamento (Crittenden, 2008) e delle Relazioni Affettive (Johnson, 2014), evidenziano come l'affettività e la sessualità siano due esperienze strettamente interconnesse dalla nascita alla morte, a prescindere dalla consapevolezza e dall'intenzione di voler inibire una piuttosto che l'altra.

Alcuni corsi di educazione sessuale di ispirazione statunitense² pongono maggiore attenzione ai processi di sviluppo psicofisico; altri, di ispirazione mitteleuropea³ pongono l'accento alla libertà di esprimere il proprio sé sessuale e l'importanza del consenso. In merito a ciò la SITCC (con la sottoscrizione di altre società di rilevanza nazionale) si è giustamente espressa come supporto scientifico, con esperienza nei temi trattati, per il Governo e le istituzioni competenti. In particolare, è stata inviata una lettera relativa all'implementazione dell'educazione affettiva e sessuale nei curricula scolastici. Che pensiamo sia rilevante riportare qui di seguito integralmente:

*La Società Scientifica SITCC accreditata presso il Ministero della Salute ai sensi della Legge Gelli-Bianco (2017) e le Società Scientifiche co-firmatarie hanno espresso preoccupazione rispetto alle recenti disposizioni contenute nel disegno di legge C 2423 che vietano l'inserimento dell'educazione affettiva e sessuale nei curricula della scuola dell'infanzia, la scuola primaria e la scuola secondaria di primo e secondo grado. Sostenendo che tale provvedimento *contrasta con le**

¹ OMS (2016)

² Si prenda ad esempio lo Human Dignity Curriculum, programma di educazione sessuale progettato in USA ed esportato in tutto il mondo occidentale.

³ In questo caso si può usare come esempio Make Love, programma di educazione sessuale progettato in Germania ed esportato in tutta Europa.

evidenze scientifiche consolidate, le raccomandazioni delle principali organizzazioni internazionali (OMS, UNESCO, ONU) e i principi fondamentali atti a tutelare la *salute pubblica*. L'esclusione dell'educazione sessuale dai percorsi scolastici nelle scuole primarie e secondarie di primo grado rappresenta un *rischio sanitario* che espone la popolazione giovanile a rischi documentati legati alla salute affettiva, psicologica e fisica. Si ritiene opportuno parlare di educazione affettiva e sessuale, piuttosto che di educazione "sessuo-affettiva", per evitare ambiguità interpretative e riduzionistiche, favorendo chiarezza terminologica nei materiali e nei programmi.

i) Il quadro attuale in Italia

Le Linee Guida Nazionali (art. 1, comma 16, L. 107/2015) e la Convenzione di Istanbul (2011) riconoscono il ruolo fondamentale della scuola nella promozione del rispetto, della parità di genere e nella prevenzione della violenza, ribadendo l'educazione affettiva e sessuale come componente essenziale della cittadinanza attiva. Secondo i dati dell'Istituto Superiore di Sanità (2019), i programmi di educazione sessuale in Italia si caratterizzano per *frammentarietà e disomogeneità territoriale* (Chinelli *et al.*, 2022). Solo la metà delle attività organizzate secondo le direttive dell'Organizzazione Mondiale della Sanità è sviluppata da strutture sanitarie pubbliche. L'assenza di obbligatorietà e di continuità programmatica determina carenze nei dati di efficacia e nella possibilità di monitorare gli esiti degli interventi. Nel Notiziario dell'Istituto Superiore di Sanità (vol. 34, n. 6, giugno 2021), viene riportata l'urgenza dell'introduzione nel curriculum scolastico di spazio dedicato all'educazione alla sessualità, all'affettività e alla prevenzione delle infezioni sessualmente trasmissibili, con strumenti condivisi a livello nazionale e personale formato.

Un recente report dell'UNESCO (2023) tuttavia evidenzia nel contesto italiano:

- *l'assenza di un quadro normativo nazionale e la carenza di una struttura uniforme e omogenea per tutti gli studenti su scala nazionale, con ricadute negative su salute, pari opportunità e prevenzione delle discriminazioni;*
- *gli interventi presenti sono spesso limitati agli aspetti biologici (prevenzione di infezioni sessualmente trasmissibili, gravidanze precoci), con un predominio di un approccio biologico-preventivo che lascia ai margini gli aspetti emotivi, relazionali, identitari e il consenso. Solo marginalmente si trattano temi come il consenso, i diritti umani, l'uguaglianza di genere, l'orientamento sessuale e l'inclusione;*
- *l'Italia viene collocata dal report UNESCO tra le ultime nazioni in Europa per implementazione reale dell'educazione sessuale e affettiva.*

ii) *Le evidenze scientifiche internazionali*

La risoluzione del Parlamento Europeo (2022) esorta gli Stati Membri a garantire l'accesso a un'educazione e a informazioni sulla sessualità scientificamente accurate, in linea con le raccomandazioni dell'OMS (2010) e dell'UNESCO (2018). L'educazione affettiva e sessuale va intesa come un processo graduale e coerente con le tappe evolutive, orientato allo sviluppo delle competenze socio-emotive e relazionali necessarie per il benessere individuale e collettivo. La letteratura scientifica documenta l'efficacia dei programmi di *Comprehensive Sexuality Education* (CSE), approccio raccomandato dalle Linee Guida UNESCO (2018) elaborate in collaborazione con UNAIDS, UNFPA, UNICEF, UN Women e OMS. La CSE contribuisce allo sviluppo delle competenze di vita (life skills) emotive e sociali, come la gestione delle emozioni, la comunicazione empatica, il consenso e la risoluzione non violenta dei conflitti. Si configura come un percorso educativo orientato alla persona nella sua interezza, essenziale per costruire relazioni sane, prevenire gli effetti distorsivi delle rappresentazioni mediatiche inadeguate e promuovere una cittadinanza fondata sulla responsabilità, sulla parità e sulla dignità personale

Gli studi dimostrano che l'educazione sessuale comprensiva riduce significativamente i tassi di gravidanze adolescenziali e di infezioni sessualmente trasmissibili (Kohler *et al.*, 2008; Shepherd *et al.*, 2017; McKay *et al.*, 2021), mentre i programmi basati esclusivamente sull'astinenza non risultano sufficienti nella prevenzione di comportamenti sessuali a rischio. Gli Standard per l'Educazione Sessuale in Europa dell'OMS (2010) raccomandano *un approccio strutturato a partire dai 5 anni di età, organizzato secondo un curriculum progressivo adattato alle diverse fasce evolutive*. L'importanza di implementare la CSE già dall'infanzia e i benefici per i giovani sono aspetti sottolineati anche dalle più recenti meta-analisi (Barriuso-Ortega *et al.*, 2024; Kim *et al.*, 2023). Gli interventi devono essere progettati in un'ottica di *prevenzione primaria: la CSE consente di sviluppare conoscenze accurate e adeguate all'età, acquisire competenze e riflettere su valori come il rispetto dei diritti umani e più in generale sulle abilità che favoriscono relazioni sicure*.

iii) *I dati sulla popolazione giovanile italiana*

Il Progetto Studio Fertilità del Ministero della Salute (ISS, 2019) documenta che l'89% dei maschi e l'84% delle femmine adolescenti cercano informazioni su internet, con accesso frequente a *contenuti inadeguati*. Il ricorso purtroppo troppo frequente a pornografia *online* facilmente accessibile utilizzata come fonte di educazione sessuale espone a rischio concreto di interiorizzare come modello adeguato pratiche sessuali estreme, spesso violente, lontane dal-

la realtà e da una connessione affettiva o sentimentale. Il 94% dei ragazzi ritiene che debba essere la scuola a garantire l'informazione e il 62% desidera ricevere queste informazioni da personale esperto esterno. Nella popolazione adulta, solo il 5% delle donne è consapevole che le possibilità biologiche di concepimento iniziano a ridursi dopo i 30 anni. Gli adolescenti italiani utilizzano come fonti di informazioni primarie per esplorare e conoscere la sessualità soprattutto i social media (37,9%), la famiglia, la scuola e le fonti scientifiche sono utilizzate soltanto in minor parte rispettivamente il 15,1%, il 5,2%, e il 4,4% (Zamponi *et al.*, 2024). *Questi dati confermano quanto sia urgente un intervento educativo sistematico e scientificamente fondato, capace di offrire ai giovani strumenti di consapevolezza emotiva, rispetto e senso critico, in linea con gli standard europei.*

iv) Lo sviluppo affettivo-sessuale come processo evolutivo precoce

Le evidenze della psicologia dello sviluppo confermano che la sessualità costituisce una dimensione fondamentale dell'esistenza umana fin dalla prima infanzia. I processi di differenziazione sessuale iniziano prima della nascita e proseguono attraverso l'esplorazione corporea, il riconoscimento delle differenze di genere, fino alla maturazione puberale e adolescenziale. *L'educazione affettiva costituisce la premessa necessaria per un'educazione sessuale efficace e rispettosa delle tappe evolutive: promuove intelligenza emotiva, capacità empatiche e rispetto dei confini personali, riducendo il rischio di stereotipi e di comportamenti violenti. Intervenire precocemente sulla dimensione affettiva significa agire sulle radici culturali della discriminazione e della violenza di genere. L'educazione affettiva e sessuale non accelera né anticipa comportamenti sessuali, ma fornisce gli strumenti per comprendere i cambiamenti fisici ed emotivi, riconoscere i confini personali, interiorizzare la pratica del consenso e del rispetto del proprio corpo e del corpo dell'altro, sviluppare relazioni rispettose e prendere decisioni informate e responsabili. L'approccio preventivo precoce è fondamentale per la protezione dei minori da abusi e sfruttamento sessuale, come sancito dalla Convenzione di Lanzarote (2007) e risulta fondamentale per contrastare fenomeni quali:*

- abusi e maltrattamenti sessuali su minori;
- violenza di genere e comportamenti discriminatori;
- comportamenti sessuali precoci;
- gravidanze adolescenziali indesiderate;
- diffusione di infezioni sessualmente trasmissibili;
- distorsioni cognitive derivanti da fonti informative inadeguate;
- cyberbullismo e comportamenti sessualizzati inappropriati.

Attraverso gli interventi di educazione affettiva e sessuale si creano *maggiori occasioni per aumentare la riflessione su norme sociali e sui valori culturali*, consentendo ai giovani di posizionarsi in modo più consapevole e assertivo nelle relazioni con coetanei, genitori, insegnanti e la loro comunità in generale.

v) *Proposte operative*

Alla luce di quanto esposto e delle evidenze scientifiche richiamate, si ritiene necessario che le istituzioni competenti promuovano un intervento strutturato, sistematico e basato su evidenze, che renda l'educazione affettiva e sessuale parte integrante del percorso formativo di bambini e adolescenti. In questa prospettiva, la SITCC propone alcune linee operative prioritarie per una politica educativa coerente con gli standard internazionali e con le esigenze del contesto nazionale:

- inserire nei curricula educazione affettiva e sessuale sin dalla scuola dell'infanzia, con metodologie scientifiche e adeguate all'età;
- formare docenti e educatori sulle dimensioni emotive, affettive e relazionali;
- promuovere collaborazioni tra scuole, famiglie e servizi territoriali per un approccio condiviso;
- favorire una comunicazione chiara, in grado di superare disinformazioni e pregiudizi, valorizzando il dialogo scuola-famiglia.

Conclusioni

L'educazione affettiva e sessuale è un diritto fondamentale, parte integrante della salute e dello sviluppo equilibrato di bambine, bambini e adolescenti, riconosciuto da ampie evidenze scientifiche e norme internazionali. Non rappresenta un'ideologia, ma una pratica di salute pubblica fondata su dati scientifici e principi di prevenzione. Essa protegge i minori, favorisce relazioni sane, riduce la violenza e promuove il rispetto reciproco.

La sua esclusione dai percorsi scolastici rappresenta un rischio sanitario concreto. L'implementazione di programmi strutturati e continuativi è una necessità sanitaria e educativa sostenuta da robusti dati scientifici e dalle raccomandazioni di tutte le principali organizzazioni internazionali in ambito di salute pubblica.

Si sottolinea *l'importanza del coinvolgimento di genitori e caregiver* nei processi educativi relativi alla sessualità e all'affettività. Al tempo stesso, è imprescindibile che *le istituzioni assumano un ruolo attivo*, offrendo percorsi di qualità che vadano oltre le conoscenze spesso parziali o, come visto, talvolta assenti trasmesse dagli adulti di riferimento. In assenza di programmi chiari, scientificamente fondati e strutturati all'interno del ciclo scolastico, si corre infatti *il grave rischio di lasciare senza adeguato sostegno proprio per le persone e le famiglie più vulnerabili*.

Oltretutto, già vent'anni fa in alcune ricerche italiane effettuate con l'uso dei questionari SEA – Sex Education & Attachment nelle scuole primarie (Veglia, De Marco & Robasto, 2005; Onor, Pasquini & Camusso, 2005) e SOQ – Sex Outcome Questionnaire nelle scuole secondarie (Veglia *et al.*, 2005), si era mostrato come una buona educazione sessuale non incoraggi o, peggio, banalizzi rispetto all'idea di avvicinarsi alle diverse forme di espressione sessuale (compresi l'auto-esplorazione e il coito), anzi, generi occasioni di riflessione, maggiore consapevolezza e un aumento della sensazione di rispettoso allarme, oltre che ovviamente di conoscenza scientifica.

Un'analisi approfondita dell'educazione affettiva e sessuale, sensibile alle differenti modalità con cui l'intimità fisica e mentale si esprime nei diversi contesti culturali, consente di arricchire la comprensione dello sviluppo psicofisico integrandola con lo studio delle relazioni affettive significative e con una concezione del consenso strettamente intrecciata alla consapevolezza di sé e dell'altro. Tale prospettiva è orientata alla promozione del più alto livello possibile di benessere individuale e relazionale. Un'indagine sistematica di questa ampiezza eccede tuttavia i limiti di un singolo contributo scientifico; pertanto, il presente lavoro si propone di offrire alcuni spunti di riflessione utili a pensare l'educazione affettiva e sessuale lungo l'intero arco di vita, dall'infanzia all'adolescenza, fino all'età adulta e anziana, includendo anche le popolazioni in condizioni di maggiore vulnerabilità. In generale, descrivendo la condizione della relazione sentimentale come un basamento pentagonale appoggiato su cinque plinti, potremmo definire i cinque sostegni con l'acronimo SFIDE: Sesso, Forma, Intenzione, Direzione ed Esperienza. Dove Sesso fa riferimento a tutte le forme di attivazione psicofisica, dal proposito di avere una piacevole intimità corporea condivisa alla soddisfazione per l'esperienza vissuta, passando per il desiderio, l'eccitazione, il mantenimento dell'eccitazione e l'orgasmo; senza dover necessariamente percorrere tutte le tappe o sempre nella stessa soluzione di continuità. La Forma riflette la manifestazione del Sé sessuato sia esteriore (*morphé*) che interiore (*eidos*) con tutte le sfumature dal maschile al femminile nell'espressione della propria persona e attrazione per l'alterità.

L'Intenzione è la base della pragmatica comunicativa, con attenzione al rispetto di se stessi e dell'alterità e la verifica del consenso. La Direzione riguarda il senso e la scopistica, per dare al significato degli avvenimenti una profondità temporale. L'Esperienza (o discernimento, essere consapevoli, coscienti di se stessi e della realtà) è la storia della propria sessualità, dall'esplorazione di se stessi alla scoperta dell'alterità, fino alla costruzione del noi. Una buona educazione alla sessualità e affettività deve tenere conto

di tutto ciò, non solo offrire approfondimenti di anatomia umana o di biologia della riproduzione.

Al centro del pentagono relazionale, infine, collocata in una struttura più profonda e centrale, possiamo riconoscere ciò che V. Guidano e G. Liotti (1983) definirono: Nucleo Metafisico, ovvero l'autoconoscenza tacita che viene progressivamente elaborata durante lo sviluppo, in altri termini, la visione generale che le persone hanno di se stesse, la parte di ipseità che intimamente custodiscono. Questi ultimi concetti sono però più di pertinenza clinica e potranno essere approfonditi solo in contesti educativi di alto livello e dedicati ai professionisti, come le scuole di specializzazione e i master, per cui esistono delle recentissime pubblicazioni scientifiche specifiche che affrontano in modo tecnico ed esaustivo la questione della sessualità e della psicoterapia, in particolare tenendo conto del modello cognitivista (Cavallo, 2025; Iuliano, 2025).

L'accordo relazionale dichiarato in Italia è quasi sempre la monogamia con fedeltà, almeno idealmente, ma può assumere altre svariate configurazioni, sempre nel reciproco rispetto. Dove il piacere sessuale (compreso il piacere orgasmico) non è il fine ma il mezzo, attraverso cui si realizza il Sé in vari modi, dalla costruzione di legami affettivi speciali e peculiari fino al concepimento di nuovi individui unici e irripetibili, promuovendo quindi l'autopoiesi e la generatività (De Marco, 2017; Colonna & De Marco, 2022).

Ricordiamo infine che usare divieti o censure nell'educazione è un metodo pedagogico quanto mai controproducente, così come prescrivere delle sensazioni, delle emozioni o dei comportamenti da imporsi. Per vivere al meglio la sessualità e l'affettività occorre un alto livello di consapevolezza e pratica esperienziale, anche per apprendere e comprendere l'autodisciplina. Nessuna sanzione potrebbe inibire la nostra attivazione emotiva, quando ci si prova spesso il prezzo da pagare è l'esordio psicopatologico. Tuttavia, anche tentare di non influenzare in alcun modo lo sviluppo affettivo e sessuale di chi ascolta è poco realistico, l'atteggiamento stesso del docente risulta già in sé una forma educativa, che se non è consapevole e costantemente monitorata può divenire molto pericolosa. È bene che il linguaggio sia adattato all'ambiente, al livello d'istruzione e all'età di chi vuole imparare. I contenuti devono essere consoni al messaggio che si vuole trasmettere e rigorosamente aderenti alle conoscenze scientifiche più aggiornate.

Sarebbe poi grave non prestare attenzione al rispetto dei tempi e dei modi di chi sta apprendendo; soprattutto quando si usano immagini e materiale stimolo è fondamentale avere dei discenti pronti e preparati.

Possiamo quindi suddividere l'arco di vita di chi riceve un'educazione affettiva e sessuale in diverse fasi tenendo conto pure delle differenze in-

dividuali, che possono alterare e distorcere anche gli insegnamenti scientifici più accurati. Sarebbe comunque assurdo non impartire alcun elemento di educazione affettiva e sessuale nell'infanzia e nell'adolescenza, così come nell'anzianità; è come se si vietasse di fare educazione alimentare perché non si può ancora (o non si può più) andare a fare la spesa e cucinare autonomamente.

L'esempio del paziente Saccottino. Integrazioni di psicoeducazione sessuale per un cinquantenne in terapia (a cura di I. De Marco & C. Iuliano)

Il paziente chiamato sig. Saccottino rappresenta un esempio di come l'educazione sessuale possa integrarsi efficacemente all'interno di un percorso psicologico volto al raggiungimento del maggior livello di benessere globale, anche in un uomo adulto. Si tratta di un uomo di circa cinquant'anni, laureato in farmacia, separato da un paio d'anni, in attesa di divorzio al momento dell'invio. Il paziente giunge all'osservazione su segnalazione di una collega psicologa che lavora presso un'équipe di un centro clinico che si occupa di disturbi della condotta alimentare (DCA). Durante il percorso svolto presso tale centro, il paziente ha ottenuto una significativa riduzione ponderale (da 115 kg a 85 kg), raggiungendo un peso congruo alla sua altezza (circa 1,95 m).

Il signor Saccottino è nato a Torino, la madre è originaria del sud Italia, mentre il padre era piemontese. La morte improvvisa del padre, avvenuta per un incidente sul lavoro quando il paziente aveva nove anni, ha rappresentato un evento traumatico significativo. Il paziente riferisce pochi ricordi del periodo precedente al lutto, cui ha fatto seguito un progressivo distacco emotivo dalla famiglia paterna. La famiglia materna viene invece descritta come fisicamente e affettivamente distante. La madre, verosimilmente colpita da una reazione depressiva al lutto, avrebbe manifestato un aumento significativo di peso e una ridotta cura di sé. Parallelamente, anche il signor Saccottino iniziò progressivamente ad aumentare di peso dopo la morte del padre. Tale cambiamento corporeo ha contribuito all'emergere di sentimenti di imbarazzo e vergogna, in particolare negli spogliatoi della squadra di calcio che frequentava, fino alla decisione di interrompere l'attività sportiva.

Durante l'adolescenza, il paziente Saccottino riferisce un ampio uso di pornografia come principale modalità di esplorazione del mondo sessuale e per eccitarsi durante la masturbazione. Sul piano relazionale, descrive un progressivo ritiro dalla competizione affettivo-sessuale, con un investimento

prevalente nello studio. Dopo la laurea in Farmacia, si sposa con una donna sudamericana, vedova e dichiaratamente disinteressata alla sessualità. Dopo una quindicina d'anni, su suggerimento di un collega che diventa anche il suo migliore amico, intraprende il percorso terapeutico specifico per i disturbi della condotta alimentare e avvia la separazione legale. Conseguita la separazione e raggiunto il peso forma, gli viene suggerito dalla psicologa di iniziare un percorso psicosessuale.

Nella fase di assessment, lamenta un marcato intorpidimento affettivo e sessuale. Egli stesso ipotizza una distimia e/o un disturbo post-traumatico da stress, per cui riferisce di aver fatto uso in passato di farmaci e fitofarmaci su suggerimento di medici specialisti. Al momento dell'avvio del percorso risulta libero da trattamenti farmacologici.

Vengono quindi condivisi i seguenti obiettivi terapeutici:

- mantenimento di un equilibrio nel peso (e nell'alimentazione);
- apertura emotiva nelle relazioni amicali e sentimentali;
- sviluppo di una sessualità soddisfacente;
- elaborazione di eventuali esperienze traumatiche (obiettivo proposto dal terapeuta);
- esplorazione delle vocazioni e della direzione autopoietica (obiettivo proposto dal terapeuta).

Il paziente Saccottino aveva già sperimentato, prima del percorso sul DCA al centro clinico, una terapia comportamentale e l'EMDR. Si propone quindi un intervento cognitivista e sessuologico assegnando come primo compito a casa la compilazione della *relationship map*.

Durante i primi colloqui il paziente racconta di mantenere contatti frequenti con l'ex moglie, vissuti tuttavia con sofferenza emotiva e sentimenti di colpa. Sul piano alimentare, durante il giorno assume esclusivamente cappuccini, caffè e saccottini (brioche di pasta sfoglia al cioccolato, altrimenti definite: *pain au chocolat*), regolando l'assunzione in base al senso di fame, mentre la sera si concede una cena sana ed equilibrata seguendo le indicazioni apprese al centro clinico.

Dalla raccolta della storia di vita emerge che le uniche esperienze sessuali del paziente sono avvenute con prostitute. Gli incontri amicali sono sporadici per lo più con colleghi ed ex compagni di liceo, mentre le relazioni familiari vengono descritte come occasionali e vissute come "tossiche", in quanto caratterizzate da richieste strumentali di favori professionali o sostegno economico, a fronte di una scarsa reciprocità affettiva. Il paziente ha ripreso l'attività sportiva, prediligendo discipline individuali e "incapsulate" (nuo-

to libero, sci nordico, jogging), che tuttavia riferisce come noiose e faticose. Emerge una marcata difficoltà nel riconoscere e accedere a esperienze rigenerative positive, in particolare in ambito sociale.

Nella fase iniziale, il percorso si focalizza prevalentemente sul presente, con la richiesta di compilare dei CESPRA relativi agli episodi affettivi e sessuali che considera maggiormente significativi. Viene fortemente sconsigliata la frequentazione di prostitute e l'uso della pornografia. Nei colloqui psicologici il terapeuta concede brevi e parziali *self-disclosure* funzionali al rafforzamento dell'alleanza terapeutica (per esempio in merito alla passione comune per la motocicletta). Parallelamente, viene avviato un lavoro psicoeducativo sulla conoscenza del proprio corpo e del proprio piacere, accompagnato da un'esplorazione artistica, culturale e sociale, alla ricerca di esperienze soddisfacenti e appaganti. Tra le esplorazioni che vengono maggiormente apprezzate c'è l'immersione nella natura (*forest bathing*) svolta in piccoli gruppi. Si procede quindi alla ricostruzione della storia affettiva e al riconoscimento dei campi d'interesse con risvolti sociali.

Degno di nota è il suo piacere nel partecipare al raduno annuale dei Babbi Natale in moto, a scopo di beneficenza, presso un grande ospedale pediatrico di Torino. Inizia quindi un corteggiamento – condiviso e analizzato passo dopo passo nello studio di psicoterapia nei confronti della sua “zavorrina”, ovvero la giovane donna che spesso porta con sé in moto agli eventi. Vengono analizzate le sue espressioni emotive all'interno dei gruppi sociali, confrontandole con le modalità relazionali del passato. Si avvia quindi un lavoro di potenziamento metacognitivo e l'analisi del nascente legame sentimentale attraverso il pentagono relazionale SFIDE (Sesso, Forma, Intenzione, Direzione ed Esperienza). Durante una vacanza lunga, il paziente scrive, come compito a casa, la sua autocaratterizzazione prendendo consapevolezza dei cambiamenti intervenuti nella sua vita, e nel modo di percepirla.

Nelle sedute si procede a una co-costruzione di nuovi significati, soprattutto per quanto riguarda la sfera intima della relazione con la sua nuova compagna (la “zavorrina”). In questa fase risultano frequenti gli interventi di psicoeducazione affettiva e sessuale con continui riferimenti al pentagono relazionale SFIDE. Viene condiviso il riconoscimento della complessità del sé, evidenziando le differenti modalità di relazione che il paziente sperimenta nella nuova coppia, nel rapporto con la ex moglie (da cui ha nel frattempo divorziato), con la madre e con tutti gli altri. Un'attenzione particolare è dedicata all'implementazione dell'alfabetizzazione emotiva seguita dall'esplorazione del piacere sessuale individuale, della partner e della coppia. In diversi momenti del percorso è stato proposto il divieto della masturbazione, l'esplorazione di un nuovo immaginario erotico (sganciato dalla pornogra-

fia). Si è quindi lavorato sull'autobiografia con l'uso delle fotografie e l'applicazione della Moviola di Guidano (1991) integrata con successive elaborazioni (De Marco & Zanotti, 2007) sui traumi psichici e le ferite affettive. Si è quindi promosso il completamento dell'elaborazione del lutto del padre (con lettera, dialogo interno, ecc.).

Nella fase conclusiva, il percorso si concentra maggiormente sul riconoscimento dei processi autopoietici e delle direzioni generative personali, con un ampio utilizzo dei sogni notturni, sogni a occhi aperti, sogni di coppia. Si è potuta osservare quindi un'apertura alla dimensione genitoriale, accompagnata da una piena assunzione del ruolo di amante e di persona amata sia su un piano sentimentale che sessuale. La chiusura del percorso è stata guidata da una rilettura sintetica delle principali tappe affrontate, con il riconoscimento della nuova rete affettiva, del suo stile DAP e del canale autopoietico centrato sull'esperienza di sentirsi visto e amabile. Progressivamente è stato concordato un diradamento delle sedute.

Infine, si condivide una previsione sulle future sfide di vita e i cambiamenti positivi già sostenuti, accompagnata da un check finale delle risorse disponibili, sia interne che relazionali.

Bibliografia

- Barriuso-Ortega S., Fernández-Hawrylak M. & Heras-Sevilla D. (2024). Sex education in adolescence: A systematic review of programmes and meta-analysis. *Children and Youth Services Review*, 166: 107926. DOI: 10.1016/j.childyouth.2024.107926.
- Cavallo F. (a cura di) (2025). *Manuale di sessuologia clinica. Sesso, genere e orientamento*. Roma: Carocci.
- Chinelli A., Salfa M.C., Cellini A., Ceccarelli L., Farinella M., Rancilio L., Galipò R., Meli P., Camposeragna A., Colaprico L., Oldrini M., Ubbiali M., Canaglia A., Martinelli D., Mortari L., Palamara B., Suligoi B. & Tavoschi L. (2022). Sexuality education in Italy 2016-2020: a national survey investigating coverage, content and evaluation of school-based educational activities. *Sex Education*, 23(6): 756-768. DOI: 10.1080/14681811.2022.2134104.
- Colonna A. & De Marco I. (2022). Sostenere il benessere con il contributo della generatività e della salute sessuale. Studio transdisciplinare per un benessere generativo. *Rifrazioni*, 35-47.
- Convenzione del Consiglio d'Europa per la protezione dei minori contro lo sfruttamento e l'abuso sessuale (Convenzione di Lanzarote), firmata a Lanzarote il 25 ottobre 2007, ratificata in Italia con la legge n. 172 del 1° ottobre 2012.
- Convenzione di Istanbul del Consiglio d'Europa, per la prevenzione della violenza di genere e violenza domestica, firmata nel 2011, ratificata in Italia con la legge n. 77/2013.
- Convenzione Internazionale sui Diritti del Fanciullo. New York, 20 novembre 1989 ratificata in Italia con la legge n. 176 del 27 maggio 1991.
- Crittenden P. (2008). *Il modello dinamico-maturativo dell'attaccamento*. Milano: Raffaello Cortina Editore.

- De Marco I. (2017). *Amore, sesso e percorsi di vita*. Padova: Libreria Universitaria.
- De Marco I. & Zanotti P. (2007). Costruttivismo e oncologia: una modalità di supervisione all'équipe sanitaria. *Quaderni di Psicoterapia Cognitiva*, 20, 104-112.
- European Parliament resolution of 24 June 2021 on the situation of sexual and reproductive health and rights in the EU, in the frame of women's health (2020/2215(INI)). (2022). Gazzetta Ufficiale, C 81, 43-62. CELEX. eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=CELEX:52021IP0314.
- Freud S. (1905). Tre saggi sulla teoria sessuale. In: Musatti C.L. (a cura di) (1989), *Opere*, vol. 4: *Tre saggi sulla teoria sessuale e altri scritti (1900-1905)*, Torino: Bollati Boringhieri.
- Guidano V. (1991). *The Self in Process. Toward a Post-Rationalist Cognitive Therapy*. New York: Guilford Press.
- Guidano V. & Liotti G. (1983). *Cognitive Processes and Emotional Disorders*. New York: Guilford Press.
- Istituto Superiore di Sanità (2019). *Progetto Studio Nazionale Fertilità*.
- Istituto Superiore di Sanità (2021). IST e salute sessuale: attività educative nelle scuole. *Notiziario ISS*, 34: 6.
- Istituto Superiore di Sanità. (2023). *Educazione alla sessualità nelle scuole: implementazione e valutazione*, Roma. (Rapporti ISTISAN 23/22). www.iss.it/-/rapporto-istisan-23/22-educare-alla-sessualita-nelle-scuole-italiane-l-esperienza-di-un-progetto-tra-analisi-dell-evidenza-implementazione-e-valutazione-a-cura-di-barbara-suligoi-maria-cristina-salfa-alice-chinelli-lara-tavoschi.
- Iuliano C. (2025). *Sessualità: corpo, relazione e trauma*. Roma: Giovanni Fioriti Editore.
- Johnson S. (2014). *Love sense*. Sassari: ISC.
- Kim E.J., Park B., Kim S.K., Park M.J., Lee J.Y., Jo A.R., Kim M.J. & Shin H.N. (2023). A Meta-Analysis of the Effects of Comprehensive Sexuality Education Programs on Children and Adolescents. *Healthcare*, 11(18): 2511. DOI: 10.3390/healthcare11182511.
- Kohler P.K., Manhart L.E. & Lafferty W.E. (2008). Abstinence-only and comprehensive sex education and the initiation of sexual activity and teen pregnancy. *Journal of Adolescent Health*, 42(4): 344-51 DOI: 10.1016/j.jadohealth.2007.08.026.
- McKay E.A., Placencio-Castro M., Fu M. & Fontenot H.B. (2021). Associations Between Sex Education Types and Sexual Behaviors Among Female Adolescents. *Sexuality Research and Social Policy*, 19: 922-935. DOI: 10.1007/s13178-021-00664-w.
- Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca, Linee Guida Nazionali (art. 1 comma 16 L. 107/2015). *Educare al rispetto: per la parità tra i sessi, la prevenzione della violenza di genere e di tutte le forme di discriminazione*. www.miur.gov.it/documents/20182/0/Linee+guida+Comma16+finale.pdf/.
- Onor L., Pasquini M. & Camusso V. (2005). Apprendimento ed emozioni: la verifica di un progetto di educazione sessuale per le scuole primarie. In: *Manuale di educazione sessuale*, vol. 2. Trento: Erickson.
- Ross M.P. (2013). *Parliamo di sesso*. Milano: Piemme.
- Save the Children (2025). *L'educazione affettiva e sessuale in adolescenza: a che punto siamo?* www.savethechildren.it/public/allegati/leducazione-affettiva-e-sessuale-adolescenza-che-punto-siamo.pdf.
- Shepherd L.M., Sly K.F. & Girard J.M. (2017). Comparison of comprehensive and abstinence-only sexuality education in young African American adolescents. *Journal of Adolescence*, 61: 50-63. DOI: 10.1016/j.adolescence.2017.09.006.

- UNESCO (2018). *International Technical Guidance on Sexuality Education: An evidence-informed approach*. Paris: UNESCO.
- Veglia F. (2005). *Manuale di educazione sessuale*, voll. 1-2. Trento: Erickson.
- Veglia F., De Marco I. & Robasto C. (2005). Il SEA (Sex Education & Attachment) di F. Veglia: uno strumento per l'osservazione delle emozioni, degli atteggiamenti e dell'apprendimento durante l'educazione sessuale nelle scuole dell'infanzia e primarie. In: Veglia F., *Manuale di educazione sessuale*, vol. 2: *Interventi e percorsi secondo il Metodo Narrativo*. Trento: Erickson.
- Veglia F., Ortalda F., De Marco I. & Borla G. (2005). Il SOQ (Sex Outcome Questionnaire) di F. Veglia: un questionario per la valutazione degli atteggiamenti, dell'apprendimento e degli esiti formativi di programmi di educazione sessuale nelle scuole secondarie. In: Veglia F., *Manuale di educazione sessuale*, vol. 2: *Interventi e percorsi secondo il Metodo Narrativo*. Trento: Erickson.
- WHO Regional Office for Europe & BZgA (2010). *Standards for Sexuality Education in Europe: A framework for policy makers, educational and health authorities and specialists*. Cologne: BZgA.
- Zamponi V., Mazzilli R., Nimbi F.M., Ciocca G., French D., Limoncin E. & Faggiano A. (2024). Sexual and reproductive health: level of knowledge and source of information in adolescence. *The Journal of Sexual Medicine*, 21(10): 872-877. DOI: 10.1093/jsxmed/qdae094.

Violenza di Genere: criticità, bias e ruolo del terapeuta



Luca Amato*, Giovanna Verde**, Jessica Ferrigno***,
Jacopo Stringo****, Francesca Cavallo*****

Ricevuto il 17 dicembre 2025, accettato il 26 maggio 2026

Sommario

La violenza di genere, e in particolare la violenza nelle relazioni di intimità (Intimate Partner Violence – IPV), costituisce una violazione dei diritti umani e un grave problema di salute pubblica globale, con profonde ripercussioni sulla salute fisica e mentale delle vittime, dei loro figli e degli stessi autori (Wessells *et al.*, 2022; WHO, 2014). Questo lavoro esplora il fenomeno alla luce delle definizioni internazionali (OMS, Convenzione di Istanbul), analizzandone la complessa eziologia che intreccia fattori socio-culturali, relazionali e psicopatologici. Partendo da un'analisi critica del contesto italiano – evidenziando le discrepanze tra avanzamento legislativo (Codice Rosso) e outcome empirici, e il dibattito scientifico sulla bidirezionalità del fenomeno – si passa in rassegna il quadro teorico integrato necessario per comprenderlo. Viene quindi approfondito il tema del trattamento degli autori, dalla critica ai modelli tradizionali (Duluth) alle prospettive evidence-based differenziali (RNR, tipologie di autori) e agli approcci emergenti (ACT, TMI). Come caso esemplare di intervento integrato

* Psicologo Psicoterapeuta, CUAV presso Asst Papa Giovanni XXIII, Via San Martino della Pigrizia 52 – 24129 Bergamo; e-mail: lucamato88@gmail.com.

** Psicologa, Psicoterapeuta, Sessuologa, Studio Clinico, Via Caboto 57 – 10129 Torino; e-mail: giovanna.verde@gmail.com.

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

**** 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, Dottore di ricerca, Sessuologa, Criminologa, 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/qpc57-2025oa23110

e multidisciplinare fondato sulla mentalizzazione, viene descritto dettagliatamente il progetto U.O.Mo (Milano). Il contributo dedica specifica attenzione alle dinamiche psicologiche trasversali, come la dipendenza affettiva e il trauma bond, e si conclude con una riflessione approfondita sul ruolo del terapeuta, sui bias cognitivi ed emotivi in gioco e sulla necessità di una posizione clinica paradossale che sappia coniugare accoglienza non giudicante e ferma responsabilizzazione, nell'ottica di un contrasto efficace ed eticamente fondato al fenomeno.

Parole chiave: Violenza di Genere, Intimate Partner Violence (IPV), trattamenti psicoterapeutici, mentalizzazione, dipendenza affettiva, bias del terapeuta.

Intimate Partner Violence: Shortcomings, Bias and the Therapist's Role

Abstract

Gender-based violence, and in particular intimate partner violence (IPV), constitutes a violation of human rights and a major global public health issue, with profound repercussions for the physical and mental health of victims, their children, and the perpetrators themselves (Wessells *et al.*, 2022; WHO, 2014). This work explores the phenomenon in light of international definitions (WHO; Istanbul Convention), analyzing its complex etiology, which involves an interplay of socio-cultural, relational, and psychopathological factors. Starting from a critical analysis of the Italian context – highlighting the discrepancies between legislative progress (Codice Rosso) and empirical outcomes, and the scientific debate on the bidirectionality of the phenomenon – it reviews the integrated theoretical framework necessary for its understanding. The issue of perpetrator treatment is then explored in depth, from a critique of traditional models (Duluth) to evidence-based, differentiated perspectives (RNR model, perpetrator typologies) and emerging approaches (ACT, TMI). As an exemplary case of an integrated and multidisciplinary intervention founded on mentalization, the U.O.Mo project (Milan) is described in detail. The paper dedicates specific attention to transversal psychological dynamics, such as emotional dependence and trauma bonding, and concludes with an in-depth reflection on the role of the therapist, the cognitive and emotional biases at play, and the need for a paradoxical clinical stance capable of reconciling non-judgmental acceptance with firm accountability, with a view to effectively and ethically addressing the phenomenon.

Keywords: Gender-Based Violence, Intimate Partner Violence (IPV), Perpetrator Treatment, Mentalization, Emotional Dependence, Therapist Biases.

Il fenomeno: definizioni, dimensione globale e il modello a piramide dell'OMS

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), la violenza è «l'uso intenzionale della forza fisica o del potere, minacciato o reale, contro se stessi, un'altra persona, o contro un gruppo o una comunità, che provochi o abbia un alto grado di probabilità di provocare lesioni, morte, danno psico-

logico, problemi di sviluppo o privazioni» (WHO, 2014, p. 1). L'OMS invita a considerare il fenomeno violento come una piramide: alla sommità vi sono gli omicidi, gli eventi più visibili; subito sotto, i sopravvissuti che accedono ai servizi sanitari; alla base, la vasta maggioranza delle vittime che subiscono violenza "nell'ombra", senza alcuna registrazione ufficiale (WHO, 2014).

La violenza di genere contro le donne percorre tutti e tre i livelli di questa piramide. La Convenzione di Istanbul (2011) la definisce chiaramente come una manifestazione dei rapporti di forza storicamente diseguali tra i sessi, che hanno condotto alla dominazione e alla discriminazione delle donne. La violenza di genere si articola in molteplici forme: fisica, sessuale (inclusi stupro e molestie), psicologica, economica, atti persecutori (stalking), matrimonio forzato, mutilazioni genitali femminili, aborto e sterilizzazione forzati (Consiglio d'Europa, 2011).

La sua forma più comune è l'Intimate Partner Violence (IPV), definita come qualsiasi comportamento all'interno di una relazione intima che causa danni fisici, sessuali o psicologici, inclusi atti di aggressione fisica, coercizione sessuale, abusi psicologici e comportamenti di controllo (WHO, 2013). Le statistiche globali sono allarmanti: circa una donna su tre (30%) nel mondo subisce violenza fisica o sessuale da un partner nel corso della vita (WHO, 2014); il 38% di tutti gli omicidi di donne sono commessi da partner intimi, configurandosi come una delle principali cause di morte per le donne in età riproduttiva (WHO, 2013b; 2022).

Il contesto italiano: dati epidemiologici, criticità sistemiche e il dibattito scientifico sulla bidirezionalità

In Italia, i dati ISTAT (2024) confermano la pervasività del fenomeno: il 31,5% delle donne tra i 16 e i 70 anni (6,8 milioni) ha subito una qualche forma di violenza fisica o sessuale nel corso della vita. Di queste, 4,3 milioni hanno subito violenza fisica, 4,5 milioni violenza sessuale, e 1,1 milioni le forme più gravi, come stupro e tentato stupro. Nel 2023, il Report del Servizio Analisi Criminale ha registrato 87 donne uccise in ambito familiare-affettivo, di cui 55 per mano del partner o ex-partner, confermando il dato di una donna uccisa ogni tre giorni in Italia (Cavallo *et al.*, 2025; Servizio Analisi Criminale, 2023).

Il quadro legislativo italiano ha conosciuto una significativa evoluzione, con l'introduzione del Codice Rosso (L. 69/2019) e l'allineamento alla Convenzione di Istanbul. Tuttavia, l'analisi dell'efficacia rivela discrepanze significative tra obiettivi teorici e outcome empirici (Cavallo *et al.*, 2025). I

dati mostrano un trend paradossale: l'incidenza dei femminicidi da partner intimi è aumentata dal 38,7% al 61,3% nel periodo 2004-2019. Il 79,07% delle violazioni delle misure restrittive (ammonimento, allontanamento) coinvolge vittime di genere femminile. Emergono criticità sistemiche documentate da report istituzionali: meccanismi di monitoraggio inadeguati, rischio di vittimizzazione secondaria nei procedimenti giudiziari, frammentazione comunicativa tra giustizia civile e penale e, non ultimo, una limitata competenza specifica sulla violenza di genere in una parte degli operatori (Corte dei Conti, 2016; GREVIO, 2020).

Un ulteriore livello di complessità è introdotto dal dibattito scientifico sulla natura unidirezionale o bidirezionale della violenza di coppia. I dati ufficiali e gli studi che rilevano le conseguenze più gravi (lesioni, omicidi) confermano in modo schiacciante che gli autori sono uomini e le vittime donne (Bair-Merritt *et al.*, 2010). Tuttavia, studi basati su auto-segnalazioni in campioni di comunità e non giudiziari indicano che il pattern di violenza reciproca (bidirezionale) è statisticamente il più frequente. Una revisione sistematica di Langhinrichsen-Rohling *et al.* (2012) ha rilevato una prevalenza di violenza bidirezionale di circa il 60%, con il restante 40% suddiviso in violenza unidirezionale maschile (17,5%) e femminile (22,9%). Questi dati sono stati recentemente confermati da ulteriori meta-analisi (Lysova *et al.*, 2024; Machado *et al.*, 2024).

Questi risultati non sminuiscono la gravità della violenza maschile, spesso più severa e inserita in dinamiche di controllo coercitivo (Johnson, 1995), né giustificano simmetrie fuorvianti. Tuttavia, impongono una lettura clinica più sfumata, riconoscendo che in una porzione significativa di casi l'IPV si manifesta in dinamiche relazionali disfunzionali caratterizzate da alto conflitto, scarsa regolazione emotiva e reciprocità di comportamenti aggressivi, a prescindere dal genere (Bates, 2020). Questo comporta implicazioni cruciali per la concettualizzazione del caso e nella scelta dell'intervento terapeutico.

Teorie eziologiche dell'IPV: verso un modello ecologico integrato

La complessità dell'IPV richiede un modello eziologico multifattoriale ed ecologico (Di Napoli *et al.*, 2019), che integri diversi livelli esplicativi senza riduzionismi:

1. *Livello Socio-Culturale (Macro)*: La prospettiva Femminista e il Controllo Coercitivo. La teoria predominante di matrice femminista e socio-cul-

turale identifica nella struttura patriarcale, nel sessismo e nelle norme di genere che legittimano il dominio maschile, le radici strutturali della violenza (Bohall *et al.*, 2016; Manne, 2018). In questa visione, l'IPV è strumento di oppressione e mantenimento del potere. Michael P. Johnson (1995) ha concettualizzato questa forma come “terrorismo patriarcale” o violenza coercitiva di controllo, caratterizzata da un pattern pervasivo di intimidazione, isolamento, controllo economico e violenza fisica, finalizzato a sottomettere la partner. L'emancipazione femminile, in questo quadro, può essere percepita come una minaccia a privilegi storici, innescando reazioni violente di riaffermazione del controllo (Manne, 2018). Questa prospettiva ha ispirato il modello Duluth di intervento, centrato sulla psicoeducazione contro gli stereotipi di genere.

2. *Livello Relazionale e Intergenerazionale (Meso)*: Apprendimento Sociale e Attaccamento. La teoria dell'apprendimento sociale (Bandura, 2001) e il modello della trasmissione intergenerazionale della violenza sottolineano come l'esposizione alla violenza tra i genitori durante l'infanzia sia uno dei più solidi fattori di rischio per diventare sia vittima che autore di IPV in età adulta (Capaldi *et al.*, 2012; Cunha *et al.*, 2024). I bambini imparano che la violenza è una strategia accettabile per risolvere i conflitti e regolare le emozioni (Corvo & Johnson, 2003). Insieme a questo, la teoria dell'attaccamento fornisce una chiave di lettura cruciale. Stili di attaccamento insicuri (preoccupato/ansioso o evitante) creano vulnerabilità relazionali. L'attaccamento ansioso, caratterizzato da intensa paura dell'abbandono e ipervigilanza al rifiuto, può tradursi in comportamenti di iper-controllo e reazioni aggressive di rabbia quando si percepisce un allontanamento del partner (Velotti *et al.*, 2018). Coppie con stili di attaccamento “mismatch” (es., ansioso-evitante) possono cadere in cicli distruttivi di “richiesta e ritiro” che aumentano il rischio di escalation conflittuale (Doumas *et al.*, 2008).
3. *Livello Individuale e Psicopatologico (Micro)*: Personalità, Regolazione e Metacognizione. Un consistente corpus di ricerca evidenzia cluster di fattori di rischio individuali:
 - *Disturbi di Personalità*: Gli autori di IPV presentano con maggiore frequenza tratti o veri e propri disturbi di personalità. Le tipologie più associate sono il Disturbo Borderline di Personalità (con impulsività, instabilità emotiva, paura dell'abbandono) e il Disturbo Antisociale di Personalità (con disprezzo per gli altri, assenza di rimorso, ricerca di sensazioni) (Holtzworth-Munroe & Stuart, 1994; Collison & Lynam, 2021). Tratti narcisistici (bisogno di ammirazione, mancanza di empatia) sono anch'essi comuni.

- *Disregolazione Emotiva e Rabbia*: Difficoltà nel riconoscere, modulare e tollerare stati emotivi intensi, in particolare la rabbia, sono predittori consistenti di aggressione (Birkley & Eckhardt, 2015; Shorey *et al.*, 2015). L'impulsività gioca un ruolo chiave nel passaggio all'agito violento.
- *Deficit Metacognitivi*: La metacognizione, intesa come la capacità di riflettere sugli stati mentali propri e altrui e di usarli per la regolazione affettiva e la soluzione dei problemi interpersonali (Semerari *et al.*, 2003), risulta spesso compromessa. Difficoltà nel funzionamento riflessivo portano a interpretazioni rigide delle intenzioni altrui (es., “*Mi sta umiliando di proposito*”), riducono la capacità di empatia e limitano le strategie di coping non violente (Misso *et al.*, 2019).
- *Comorbidità Psichiatriche e Abuso di Sostanze*: La presenza di Depressione, Disturbo Post-traumatico da Stress e, in modo particolarmente significativo, l'abuso di alcol e droghe sono fortemente correlati alla perpetrazione di IPV (Cafferky *et al.*, 2018; Mayshak *et al.*, 2022). Le sostanze disinibiscono il controllo degli impulsi e amplificano le percezioni distorte.

Il trattamento degli autori di IPV: dalle criticità dei modelli standard agli approcci differenziati e integrati

Il trattamento degli uomini autori di violenza si è evoluto da un approccio ideologico standardizzato verso modelli evidence-based differenziali.

Il modello Duluth, pur avendo il merito storico di inquadrare politicamente la violenza, si è rivelato di limitata efficacia clinica. Nato negli anni '80 nell'ambito del Domestic Violence Intervention Project da Ellen Pence e Michael Paymer in Minnesota (Pence & Paymer, 1993) propone una modalità di lavoro grupale socio-educativa. Qui l'IPV è definita come il risultato di un insieme di comportamenti finalizzati a dominare e controllare la partner da parte dell'aggressore. Nel tempo tale modello è stato proposto come trattamento principale all'interno del sistema giudiziario, perché permette un approccio interagenzia, pur in presenza di alcuni limiti (Dutton & Corvo, 2006). I tassi di dropout, infatti, sono alti e gli studi mostrano miglioramenti marginali nella riduzione della recidiva (Babcock *et al.*, 2016). Anche la Terapia Cognitivo-Comportamentale (CBT) standard, sebbene più efficace del Duluth, produce risultati contrastanti quando applicata in modo indifferenziato (“one-size-fits-all”) a una popolazione eterogenea (Karakurt *et al.*, 2019; Travers *et al.*, 2021). Il principale limite è la mancata corrispondenza

tra l'intervento offerto e le specifiche vulnerabilità psicologiche dei diversi tipi di autori.

La ricerca sottolinea con forza la necessità di trattamenti differenziali basati su una classificazione accurata degli autori di violenza. La tassonomia più influente rimane quella proposta da Holtzworth-Munroe e Stuart nel 1994, che identifica tre profili clinici con prognosi e bisogni terapeutici sostanzialmente diversi. Il primo profilo, definito "Solo-Famiglia" (Family-Only), comprende autori la cui violenza è prevalentemente situazionale, caratterizzata da bassa gravità e frequenza, con manifestazioni circoscritte al contesto della coppia. Questi soggetti presentano livelli minimi di psicopatologia e abuso di sostanze, rispondendo in modo favorevole a interventi psicoeducativi brevi focalizzati sulla gestione del conflitto interpersonale. Il secondo profilo, denominato "Borderline/Disforico" (Dysphoric/Borderline), si distingue per una violenza più grave e frequente, spesso correlata a gelosia patologica e intensa paura dell'abbandono. Questi autori manifestano marcata disregolazione emotiva, sintomatologia depressiva significativa e pattern di attaccamento ansioso. Il loro trattamento richiede necessariamente terapie strutturate sulla regolazione emotiva, lo sviluppo delle capacità di mentalizzazione e la gestione dell'impulsività. Il terzo profilo, identificato come "Generalmente Violento/Antisociale" (Generally Violent/Antisocial), comprende autori che estendono la loro violenza oltre il contesto della coppia, spesso con precedenti penali documentati. Presentano tratti antisociali e narcisistici marcati, scarsa capacità di rimorso e frequente comorbidità con disturbi da uso di sostanze. La prognosi per questo gruppo risulta decisamente più infausta, richiedendo interventi che integrino una forte componente di controllo esterno data la limitata motivazione intrinseca al cambiamento.

Questa differenziazione tipologica rappresenta il fondamento empirico del Modello RNR (Risk-Need-Responsivity), che enfatizza l'importanza di calibrare l'intensità e la natura dell'intervento sul livello di rischio dell'autore, sui suoi bisogni criminogeni specifici e sulla sua responsabilità al trattamento.

Il modello Risk-Need-Responsivity (RNR), sviluppato da Andrews, Bonta e Hoge nel 1990, fornisce il framework operativo per questa differenziazione clinica, calibrando l'intensità e il focus dell'intervento sul livello di rischio di recidiva, sui bisogni criminogeni specifici del soggetto (come la gestione della rabbia o l'abuso di sostanze) e sulla sua responsabilità intesa come stile di apprendimento e motivazione al cambiamento. Una meta-analisi condotta da Travers e colleghi nel 2021 conferma empiricamente che i programmi basati sui principi RNR risultano significativamente più efficaci

nel ridurre la recidiva a breve e medio termine rispetto agli approcci generici e non strutturati.

Nel panorama dei nuovi modelli terapeutici, gli approcci integrati mostrano un potenziale clinico particolarmente promettente. L'Acceptance and Commitment Therapy (ACT) combina tecniche di mindfulness e accettazione dei pensieri ed emozioni difficili con l'impegno verso valori personali non violenti, creando un framework che promuove la flessibilità psicologica. Uno studio di Zarling e colleghi del 2019 ha documentato una riduzione della recidiva superiore a quella ottenuta con il modello Duluth, suggerendo che l'approccio processuale dell'ACT possa superare i limiti dei modelli puramente psicoeducativi.

Un'evoluzione particolarmente interessante è rappresentata dalla Terapia Metacognitiva Interpersonale (TMI), un trattamento per i disturbi di personalità con solida validazione empirica (Dimaggio *et al.*, 2024) che è stato recentemente adattato al trattamento dell'IPV. La TMI interviene sui nuclei di vulnerabilità comuni negli autori di violenza, quali schemi interpersonali disfunzionali (come la credenza "*Se non controllo il partner, mi abbandonerà*"), deficit metacognitivi nella comprensione degli stati mentali propri e altrui, disregolazione emotiva e pattern di ruminazione rabbiosa. Studi preliminari su caso singolo e una serie di casi pubblicati da Pasetto e colleghi nel 2025 hanno documentato non solo l'interruzione del comportamento violento, ma anche significativi miglioramenti nel funzionamento psicologico e relazionale complessivo, candidando questo approccio come intervento d'elezione per autori con significativa psicopatologia di base, particolarmente quelli riconducibili al profilo Borderline/Disforico.

Il progetto U.O.Mo (Milano): mentalizzazione come cornice per un approccio integrato e multidisciplinare

In questo panorama complesso, il progetto U.O.Mo (Uomini, Orientamento e Monitoraggio) ha rappresentato una sperimentazione pionieristica nella Città Metropolitana di Milano (Calloni *et al.*, 2023). Nato dalla collaborazione tra ATS, Università Milano-Bicocca ed enti del terzo settore, ha strutturato la prima rete territoriale lombarda per la presa in carico integrata degli uomini autori di IPV.

La sua innovazione risiede nell'aver creato un modello gruppale psicoeducativo in cui prospettive teoriche diverse – quella socio-culturale, quella psicodinamica e quella cognitivo-costruttivista (Guidano & Liotti, 1983) – hanno trovato un linguaggio comune e integrativo nel costruito della menta-

lizzazione (Bateman & Fonagy, 2019). La mentalizzazione, definita come il processo mentale attraverso cui interpretiamo le azioni (proprie e altrui) in base a stati mentali intenzionali (desideri, bisogni, sentimenti, credenze), è diventata la lente clinica condivisa (Colli, 2024).

L'équipe operava con una duplice consapevolezza: ecologica e intersezionale (Di Napoli *et al.*, 2019; Graglia, 2019). Ecologica, nel riconoscere che il percorso di ciascun uomo è influenzato da sistemi relazionali, culturali e sociali più ampi. Intersezionale, nel prestare attenzione agli stereotipi (di genere, ma anche culturali e di classe) che potevano muoversi nel processo di lavoro, influenzando l'alleanza terapeutica (Grifoni, 2016). Il lavoro clinico mirava a promuovere una posizione mentalizzante sia nei professionisti che nei partecipanti, aiutando a sospendere risposte automatiche e “prementalizzanti” (Sharp & Bevington, 2022) – come la concreta attribuzione di colpa o la minimizzazione – a favore di una curiosità esplorativa sugli stati mentali propri e della partner. La promozione di una posizione mentalizzante nei professionisti che lavorano con autori di IPV ha costituito nel progetto U.O.Mo. una delle precondizioni epistemiche, più che una semplice finalità formativa, ed è una posizione condivisa da chi ha partecipato alla sperimentazione. Nel percorso trattamentale proposto alcuni dei contenuti portati dagli autori di violenza, tra cui descrizioni di agiti violenti, narrazioni colpevolizzanti della partner, minimizzazioni, sollecitano nel/nella professionista che li ascolta movimenti controtransferali ad alta intensità (giudizio moralistico, paura, identificazione collusiva, fascinazione, distanziamento), che possono arrivare a riprodurre proprio quei funzionamenti prementalizzanti, con la ulteriore possibile attivazione dei sistemi motivazionali dei professionisti stessi (Popolo *et al.*, 2022). Il monitorare tali stati permette la costruzione di un dialogo terapeutico consapevole (Monticelli, 2023) e si è potuto constatare come questo abbia consentito all'équipe di non rispondere alla violenza con un proprio agito, simbolico o relazionale, durante il percorso trattamentale. In U.O.Mo. mantenere attivo il monitoraggio metacognitivo sui propri stati mentali e sulle loro oscillazioni sotto pressione interpersonale (Semerari *et al.*, 2003), ha permesso una postura relazionale da parte degli operatori e delle operatrici tale da favorire la curiosità di esplorare gli stati mentali dell'uomo. In chiave intersoggettiva (Liotti & Farina, 2011; Salvatore, 2023), questa posizione genera il campo entro cui l'esperienza dell'uomo può essere co-riflettuta anziché riagita, promuovendo un clima relazionale e un'ottica di complessità che permette al clinico che incontra l'uomo autore di IPV – le cui problematiche di mentalizzazione spesso sono associate ad altri fenomeni come dipendenza da sostanza, disturbi di personalità (Carcione & Nicolò, 2025) o traumi preesistenti (Yu *et al.*, 2019) – di riconoscerlo

come un soggetto responsabile e riflessivo, quindi in grado di integrare le diverse parti della propria storia, tra cui l'agito violento e gli aspetti aggressivi, insieme all'angoscia e alla colpa conseguenti alla consapevolezza dei propri comportamenti e delle loro conseguenze.

Obiettivo finale non era una responsabilizzazione meramente giudiziaria, ma un'autentica assunzione di responsabilità radicata in un ampliamento e in una flessibilizzazione della struttura interna del sé (Guidano, 1992), come ad esempio con l'utilizzo di spunti come «la storia della rabbia» (Rezzonico & De Marco, 2012). Questo passava attraverso il riconoscimento del proprio ruolo attivo nell'atto violento, la comprensione delle sofferenze che lo avevano attivato e, soprattutto, la riacquisizione della capacità di riconoscere la partner come un soggetto separato, con una propria mente e una propria sofferenza.

Dipendenza affettiva e trauma bond: la trappola relazionale

Un aspetto psicopatologico trasversale, cruciale per comprendere sia la vulnerabilità di alcune vittime che il controllo di alcuni autori, è la dipendenza affettiva o *Pathological Affective Dependence* (PAD). Modelli cognitivi concettualizzano la PAD come un legame patologico mantenuto da schemi maladattivi precoci, in particolare quelli di Abbandono/Instabilità e Difettività/Vergogna, espressi in credenze nucleari del tipo “*Senza di lui/lei non valgo nulla*”, “*Non sono amabile*”, e in una intensa, paralizzante paura dell'abbandono (Young, Klosko & Weishaar, 2003). La ricerca mostra un circolo vizioso bidirezionale: punteggi di dipendenza affettiva sono associati sia alla presenza che all'intensità della violenza psicologica, fisica e sessuale (Rosas-Muñoz *et al.*, 2022). La dipendenza può essere un fattore di rischio che espone a relazioni abusive, ma è anche un esito dell'esposizione prolungata alla violenza. Il perpetratore, spesso in modo inconsapevole, rafforza questo legame patologico attraverso cicli di rinforzo intermittente: periodi di svalutazione, critica e violenza si alternano a momenti di tenerezza, scuse e promesse di cambiamento. Questo schema imprevedibile crea un potente trauma bond (legame traumatico), simile a una dipendenza, in cui la vittima vive in uno stato costante di ipervigilanza e attaccamento ansioso, trovando nei rari momenti di apparente tregua, la conferma della bontà del partner e la speranza per il futuro (Pugliese *et al.*, 2025).

Per il clinico, è fondamentale concettualizzare questa dinamica evitando qualsiasi forma di colpevolizzazione della vittima (victim-blaming). La dipendenza affettiva è un meccanismo di vulnerabilità e mantenimento della

relazione violenta, ma la responsabilità degli atti di violenza resta interamente in capo al perpetratore e al sistema di potere che eventualmente legittima. Lavorare su questi schemi, sia nelle vittime che negli autori (per i quali la dipendenza può manifestarsi come paura ossessiva di essere abbandonati), è parte integrante del trattamento.

Il ruolo del terapeuta: bias, posizione etica e la sfida della doppia alleanza

Lavorare con la violenza di genere, specialmente con gli autori, pone il terapeuta di fronte a sfide etiche ed emotive uniche, esponendolo a specifici bias che possono compromettere l'efficacia dell'intervento.

Un primo rischio significativo è quello della collusione e minimizzazione, in cui il clinico può farsi inconsapevolmente coinvolgere nelle narrazioni giustificatorie dell'autore (*"Era stressato"*, *"Lei mi ha provocato"*), finendo per sminuire la gravità degli atti o spostare il focus esclusivamente sui traumi passati del paziente, senza ancorarli alla responsabilità presente. All'estremo opposto si colloca il rischio del controtransfert moralistico e stigmatizzante, una reazione comprensibile sul piano etico ma terapeuticamente deleteria, in cui l'identificazione con la vittima porta il clinico ad assumere una posizione giudicante che vede l'uomo solo come "mostro" o "carnefice". Questa posizione distrugge l'alleanza terapeutica e blocca qualsiasi possibilità di cambiamento, rafforzando nell'autore la percezione di essere incompreso e attaccato (Grifoni, 2016). Un terzo rischio, non meno insidioso, riguarda l'impotenza e il burnout legati all'esposizione continua a storie di crudeltà e sofferenza, alla lentezza del cambiamento terapeutico e alla percezione di inefficacia sistemica.

La buona pratica clinica richiede di costruire e mantenere una posizione paradossale e profondamente dialettica, che Colli (2024) definirebbe una postura mentalizzante radicale. Il terapeuta deve riuscire a sostenere simultaneamente due alleanze apparentemente contraddittorie ma in realtà complementari. Da un lato, deve stabilire un'alleanza terapeutica con l'uomo come persona, caratterizzata da un'accoglienza non giudicante della sua soggettività, della sua sofferenza, della sua storia e delle sue vulnerabilità psicologiche. Questa dimensione rappresenta la porta d'accesso al cambiamento, che passa necessariamente attraverso la comprensione empatica dei suoi stati mentali disfunzionali. Dall'altro lato, deve mantenere un'alleanza etica con la vittima e con il principio di non-violenza, che si traduce in una ferma, chiara e costante assunzione di posizione sull'inaccettabilità assoluta della

violenza agita. Questo implica nominare gli atti per quello che sono (“*Quello che descrivi è una percossa*”, “*Quel comportamento è controllo coercitivo*”), ribadire la piena responsabilità dell’autore sulle sue azioni (Demurtas *et al.*, 2024) e mantenere sempre un focus parallelo sulla sicurezza della vittima reale o potenziale.

Questa posizione complessa si incarna necessariamente in un lavoro di équipe e supervisione continua, che permetta di contenere le reazioni emotive del terapeuta e di analizzare criticamente i processi relazionali in atto. Il cambiamento viene promosso non attraverso la colpevolizzazione, che è clinicamente inefficace, ma potenziando le capacità autoriflessive e metacognitive dell’uomo, aiutandolo a riconoscere le emozioni che precedono l’agito violento, a decostruire le interpretazioni rigide del comportamento della partner, a sviluppare strategie di regolazione alternativa, a tollerare stati di incertezza e frustrazione senza passare all’azione (Condino *et al.*, 2022; Milani & Grumi, 2023). È un lavoro paziente e complesso di costruzione di un sé più integrato e responsabile, capace di riconoscere l’altro come soggetto separato e degno di rispetto.

Conclusioni

La violenza di genere, nelle sue radici culturali e nelle sue manifestazioni relazionali più intime, rimane una delle piaghe più profonde e resistenti delle nostre società. Combatterla richiede un impegno collettivo, coordinato e scientificamente informato su tutti i fronti: culturale, con un’educazione alle relazioni affettive fondata sul consenso e sul rispetto che inizi dalla scuola e dalla famiglia; legislativo e giudiziario, con norme efficaci, applicate in modo omogeneo e da professionisti formati; sociale, con reti di protezione solide e accessibili.

In questo sforzo collettivo, la psicoterapia ha un ruolo specialistico e insostituibile, sia nel sostenere il percorso di fuoriuscita e di ripresa delle vittime, sia nell’offrire agli autori una possibilità di cambiamento che protegga le vittime future e allevi la loro stessa sofferenza. I modelli di intervento più promettenti sono quelli che, come la TMI o il framework del progetto U.O.Mo, abbandonano ricette semplicistiche per abbracciare la complessità bio-psico-sociale del fenomeno, integrando la consapevolezza delle dinamiche di potere con un lavoro psicologico approfondito e differenziato sulle vulnerabilità individuali.

Il terapeuta che accetta questa sfida deve farsi artefice di una posizione clinica di alta precisione e grande delicatezza, costantemente in bilico

tra comprensione e confine, tra accoglienza e fermezza. Deve coltivare una competenza specializzata, un'autoconsapevolezza continua sui propri bias e un ancoraggio saldo a un'etica della non-violenza e della responsabilità. Solo così la relazione terapeutica può diventare uno spazio trasformativo autentico, contribuendo a spezzare il ciclo intergenerazionale della violenza e a promuovere, un passo alla volta, relazioni di intimità fondate sulla libertà, sul rispetto reciproco e sulla cura.

Bibliografia

- American Psychiatric Association (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed., text rev.) – DSM-5*. American Psychiatric Association Publishing.
- Babcock J.C., Armenti N.A., Cannon C., Lauve-Moon K., Buttell F., Ferreira R., Hamel J., Kelly D., Jordan C., Lehmann P., Leisring P.A., Murphy C.M., O'Leary K.D., Baber K., Rossi F.S. & Solano I. (2016). Domestic violence perpetrator programs: A proposal for evidence-based standards in the United States. *Partner Abuse*, 7(4): 355-460. DOI: 10.1891/1946-6560.7.4.355.
- Bair-Merritt M.H., Crowne S.S., Thompson D.A., Sibinga E., Trent M. & Campbell J. (2010). Why do women use intimate partner violence? A systematic review of women's motivations. *Trauma, Violence & Abuse*, 11(4): 178-189. DOI: 10.1177/1524838010379003.
- Bandura A. (2001). Social cognitive theory: An agentic perspective. *Annual Review of Psychology*, 52(1): 1-26. DOI: 10.1146/annurev.psych.52.1.1.
- Bateman A.W. & Fonagy P. (2019). *Mentalizzazione e disturbi di personalità: Una guida pratica al trattamento*, traduzione di A. Semerari. Milano: Raffaello Cortina Editore (ed. or. 2016).
- Bates E.A. (2020). "No one would ever believe me": An exploration of the impact of intimate partner violence victimization on men. *Psychology of Men & Masculinities*, 21(4): 497-507. DOI: 10.1037/men0000206.
- Birkley E.L. & Eckhardt C.I. (2015). Anger, hostility, internalizing negative emotions, and intimate partner violence perpetration: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 37: 40-56. DOI: 10.1016/j.cpr.2015.01.002.
- Bohall G., Bautista M.J. & Musson S. (2016). Intimate partner violence and the Duluth model: An examination of the model and recommendations for future research and practice. *Journal of Family Violence*, 31(8): 1029-1033. DOI: 10.1007/s10896-016-9888-y.
- Cafferky B.M., Mendez M., Anderson J.R. & Stith S.M. (2018). Substance use and intimate partner violence: A meta-analytic review. *Psychology of Violence*, 8(1): 110-131. DOI: 10.1037/vio0000074.
- Calloni M., Gadda A., Pietrobelli M. & Toffanin A.M. (2023). *Relazione finale progetto U.O.MO*. Università degli Studi di Milano-Bicocca.
- Capaldi D.M., Knoble N.B., Shortt J.W. & Kim H.K. (2012). A systematic review of risk factors for intimate partner violence. *Partner Abuse*, 3(2): 231-280. DOI: 10.1891/1946-6560.3.2.231.
- Carcione A. & Nicolò G. (2025). *Manuale dei disturbi della personalità. Storia, diagnosi, modelli clinici*. Milano: Raffaello Cortina Editore.

- Cavallo F., Foschino Barbaro M.G. & Poletti B. (2025). Violenza di genere: Cosa stiamo sbagliando? In: Cavallo F. (a cura di), *Manuale di sessuologia clinica*. Roma: Carocci.
- Colli A. (2024). *Il desiderio di essere capiti: Rotture, mentalizzazione, intersoggettività*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Collison K.L. & Lynam D.R. (2021). Personality disorders as predictors of intimate partner violence: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 88: article 102047. DOI: 10.1016/j.cpr.2021.102047.
- Condino V., Giovanardi G., Vagni M., Lingiardi V., Pajardi D. & Colli A. (2022). Attachment, trauma, and mentalization in intimate partner violence: A preliminary investigation. *Journal of Interpersonal Violence*, 37(11-12): NP9249-NP9276. DOI: 10.1177/0886260520985496.
- Consiglio d'Europa (2011). *Convenzione del Consiglio d'Europa sulla prevenzione e la lotta contro la violenza nei confronti delle donne e la violenza domestica* (Convenzione di Istanbul). rm.coe.int/1680462543.
- Cunha O., Cruz A.R., de Castro Rodrigues A., Gonçalves R.A. & Peixoto M.M. (2024). Exposure to intimate partner violence in childhood and partner violence perpetration in adulthood: The mediating role of aggression. *Deviant Behavior*, 45(2): 180-195. DOI: 10.1080/01639625.2023.2165125.
- Demurtas P., Taddei A., Dentale M., Mauri A.M., Peroni C. & Scarcella E. (2024). *I centri per gli uomini autori di violenza in Italia: I dati della seconda indagine nazionale*. Progetto ViVa.
- Di Napoli I., Procentese F., Carnevale S., Esposito C. & Arcidiacono C. (2019). Ending intimate partner violence (IPV) and locating men at stake: An ecological approach. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(19): Article 3755. DOI: 10.3390/ijerph16193755.
- Dimaggio G., Centonze A., Ottavi P. & Popolo R. (2024). *Relazione terapeutica e tecniche esperienziali: Terapia metacognitiva interpersonale*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Doumas D.M., Pearson C.L., Elgin J.E. & McKinley L.L. (2008). Adult attachment as a risk factor for intimate partner violence: The "mispairing" of partners' attachment styles. *Journal of Interpersonal Violence*, 23(5): 616-634. DOI: 10.1177/0886260507313526.
- Dutton D.G. & Corvo K. (2006). Transforming a flawed policy: A call to revive psychology and science in domestic violence research and practice. *Aggression and Violent Behavior*, 11(5): 457-483. DOI: 10.1016/j.avb.2006.01.007.
- Graglia M. (2019). *Le differenze di sesso, genere e orientamento: Buone pratiche per l'inclusione*. Roma: Carocci.
- GREVIO (2020). *Baseline evaluation report on legislative and other measures giving effect to the provisions of the Council of Europe Convention on Preventing and Combating Violence against Women and Domestic Violence (Istanbul Convention): Italy*. Council of Europe. rm.coe.int/grevio-report-italy/16809e169d.
- Grifoni G. (2016). *L'uomo maltrattante: Dall'accoglienza all'intervento con l'autore di violenza domestica*. Milano: FrancoAngeli.
- Guidano V.F. (1992). *Il Sé nel suo divenire: Verso una terapia cognitiva post-razionalista*. Torino: Bollati Boringhieri (ed. or. 1991).
- Guidano V.F. & Liotti G. (1983). *Cognitive Processes and Emotional Disorders: A Structural Approach to Psychotherapy*. New York: Guilford Press.
- Holtzworth-Munroe A. & Stuart G.L. (1994). Typologies of male batterers: Three subtypes and the differences among them. *Psychological Bulletin*, 116(3): 476-497. DOI: 10.1037/0033-2909.116.3.476.

- ISTAT (2024). *Violenza contro le donne*. Istituto Nazionale di Statistica. www.istat.it/it/violenza-sulle-donne.
- Johnson M.P. (1995). Patriarchal terrorism and common couple violence: Two forms of violence against women. *Journal of Marriage and the Family*, 57(2): 283-294. DOI: 10.2307/353683.
- Karakurt G., Whiting K., Van Esch C., Bolen S.D. & Calabrese J.R. (2019). Couples therapy for intimate partner violence: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Marital and Family Therapy*, 45(4): 567-583. DOI: 10.1111/jmft.12405.
- Langhinrichsen-Rohling J., Misra T.A., Selwyn C. & Rohling M.L. (2012). Rates of bidirectional versus unidirectional intimate partner violence across samples, sexual orientations, and race/ethnicities: A comprehensive review. *Partner Abuse*, 3(2): 199-230. DOI: 10.1891/1946-6560.3.2.199.
- Liotti G. & Farina B. (2011). *Sviluppi traumatici: Eziopatogenesi, clinica e terapia della dimensione dissociativa*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Lysova A., Hanson K., Dixon L., Douglas E.M., Hines D.A. & Celi E.M. (2024). A systematic review of the prevalence of bidirectional intimate partner violence among English-speaking populations. *Trauma, Violence & Abuse*, 25(2): 1641-1655. DOI: 10.1177/15248380231158264.
- Machado A., Santos A., Graham-Kevan N. & Matos M. (2024). Bidirectional intimate partner violence: A scoping review of prevalence, patterns, and correlates. *Aggression and Violent Behavior*, 75, Article 101906. DOI: 10.1016/j.avb.2024.101906.
- Mayshak R., Curtis A., Coomber K., Tonner L., Walker A., Hyder S., Liknaitzky P. & Miller P.G. (2022). The role of alcohol in intimate partner violence: A systematic review and meta-analysis. *Trauma, Violence & Abuse*, 23(3): 710-726. DOI: 10.1177/1524838020985541.
- Milani L. & Grumi S. (2023). *Psicologia della violenza di genere*. Milano: Vita e Pensiero.
- Misso D., Pasetto A. & Velotti P. (2019). Mentalizzazione e violenza di coppia: Una rassegna della letteratura. *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale*, 25(3): 315-334.
- Monticelli F. (2023). *Le parole tra noi. Il monitoraggio del dialogo terapeutico*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Pasetto A. (2025). Violenza domestica: Fattori predisponenti e trattamenti psicoterapeutici. In: Cavallo F. (a cura di), *Manuale di sessuologia clinica*. Roma: Carocci.
- Pasetto A., Misso D. & Velotti P. (2025). *Treating intimate partner violence with Metacognitive Interpersonal Therapy: A case series study* [Manoscritto in preparazione].
- Pence E. & Paymer M. (1993). *Education groups for men who batter: the Duluth model*. Cham: Springer.
- Popolo R., Di Maggio G., Ottavi P. (2022). *La Terapia Metacognitiva Interpersonale di Gruppo (TMI-G) per i disturbi di personalità*. Milano: FrancoAngeli.
- Pugliese E., Uvelli A., van Emmerik A., Ferretti F., Saliani A.M., Foschino-Barbaro M.G. et al. (2025). Pathological affective dependence as a risk factor for intimate partner violence: initial psychometric validation of the Italian version of the Pathological Affective Dependence Scale. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 32(4): e70140. DOI: 10.1002/cpp.70140.
- Rezzonico G. & De Marco I. (a cura di) (2012). *Lavorare con le emozioni nell'approccio costruttivista*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Rosas-Muñoz M., Rojas-Solís J.L. & Morales F.M. (2022). Emotional dependence and intimate partner violence: A meta-analytic review. *Journal of Interpersonal Violence*, 37(17-18): NP16523-NP16548. DOI: 10.1177/08862605211020010.

- Salvatore G. (2023). *La vergogna del terapeuta: Da nucleo di sofferenza a fattore di cura*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Semerari A., Carcione A., Dimaggio G., Falcone M., Nicolò G., Procacci M. & Alleva G. (2003). How to evaluate metacognitive functioning in psychotherapy? The Metacognition Assessment Scale and its applications. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 10(4): 238-261. DOI: 10.1002/cpp.362.
- Servizio Analisi Criminale (2023). *Report annuale sul fenomeno della violenza di genere*. Direzione Centrale della Polizia Criminale, Ministero dell'Interno.
- Sharp C. & Bevington D. (2024). *La mentalizzazione in psicoterapia: Una guida per i professionisti*, traduzione di F. Tanzilli. Firenze: Giunti Psychometrics (ed. or. 2022).
- Shorey R.C., Brasfield H., Febres J. & Stuart G.L. (2015). An examination of the association between difficulties with emotion regulation and dating violence perpetration. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 24(2): 127-143. DOI: 10.1080/10926771.2015.996005.
- Travers, Á., McDonagh T., Cunningham T., Armour C. & Hansen M. (2021). The effectiveness of interventions to prevent recidivism in perpetrators of intimate partner violence: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 84: Article 101974. DOI: 10.1016/j.cpr.2021.101974.
- Velotti P., Garofalo C., Dimaggio G. & Fonagy P. (2018). Mindfulness, alexithymia, and empathy moderate relations between trait aggression and antisocial personality disorder traits. *Mindfulness*, 9(4): 1251-1264. DOI: 10.1007/s12671-017-0880-x.
- Wessells M.G., Monteiro C. & Arnston P. (2022). *The impact of gender-based violence on mental health: A global perspective*. Oxford University Press.
- Working With Perpetrators European Network (2023). *Standards for work with perpetrators of domestic violence*. WWP EN. www.work-with-perpetrators.eu.
- World Health Organization (2013). *Global and regional estimates of violence against women: Prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence*. WHO Press.
- World Health Organization (2014). *Global status report on violence prevention 2014*. WHO Press.
- Young J.E., Klosko J.S. & Weishaar M.E. (2007). *Schema therapy: La terapia cognitivo-comportamentale integrata per i disturbi di personalità*, traduzione di M. Stefanile. Eclipsi.
- Yu R., Nevado-Holgado A.J., Molero Y., D'Onofrio B.M., Larsson H., Howard L.M. & Fazel S. (2019). Mental disorders and intimate partner violence perpetrated by men towards women: A Swedish population-based longitudinal study. *PLoS Medicine*, 16(12): Article e1002995. DOI: 10.1371/journal.pmed.1002995.
- Zarling A., Bannon S. & Berta M. (2019). Evaluation of acceptance and commitment therapy for domestic violence offenders. *Psychology of Violence*, 9(3): 257-266. DOI: 10.1037/vio0000097.

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 anamnastico 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.

Ritrovare l'intimità: un modello integrato per comprendere e trattare i problemi sessuali



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

Ricevuto il 28 febbraio 2026, accettato il 26 maggio 2026

Sommario

Le difficoltà dell'intimità e della sessualità nella coppia rappresentano un motivo frequente di richiesta di aiuto clinico che invitasplorare e comprendere il funzionamento dei legami affettivi a beneficio di trattamenti sempre più efficaci. La coppia è un sistema dinamico in cui si co-costruiscono significati, regole implicite ed esplicite e confini fisici, relazionali e psicologici entro cui il comportamento sessuale non rappresenta solo una funzione biologica votata alla riproduzione della specie, ma anche un linguaggio identitario, uno spazio di negoziazione, cooperazione e affettività. I modelli operativi interni dell'attaccamento e le dinamiche correlate ai sistemi motivazionali interpersonali influenzano il desiderio, la regolazione emotiva e le modalità di contatto, comunicazione e connessione. I sintomi sessuali emergono spesso come esito di processi relazionali disfunzionali circolari.

L'articolo presenta un modello integrato per il trattamento delle difficoltà sessuali di coppia che combina terapie mansionali, lavoro esperienziale sui significati e Ricostruzione

* Psicologo, Psicoterapeuta, Sessuologo, Didatta Sitcc; Associazione di Terapia Cognitiva – Cagliari; V Centro di Terapia Cognitiva Multiverso, Via degli Scipioni 245 – 00192 Roma; e-mail: massimo.esposito69@gmail.com.

** 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.

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

**** Psicologa, Psicoterapeuta, Sessuologa Clinica, Centro Terapia Cognitiva, Via Rusconi 10 – 22100 Como.

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

Quaderni di Psicoterapia Cognitiva (ISSNe 2281-6046), n. 57/2025
DOI: 10.3280/qpc57-2025oa23131

Ritrovare l'intimità: un modello integrato per comprendere e trattare i problemi sessuali

ne Sequenzializzata Integrata (RSI), includendo indicazioni per l'integrazione dell'EMDR quando il trauma personale o relazionale contribuisce all'origine e al mantenimento del sintomo.

Parole chiave: coppia, sintomo sessuale, Terapia Mansionale Integrata.

Rediscovering Intimacy: Overcoming Sexual Difficulties in Couples Therapy

Abstract

Difficulties in intimacy and sexuality within the couple are a frequent reason for seeking clinical help, prompting exploration and understanding of the functioning of emotional bonds in order to promote increasingly effective treatments. The couple is a dynamic system in which meanings, implicit and explicit rules, and physical, relational, and psychological boundaries are co-constructed. Within this system, sexual behavior is not solely a biological function related to reproduction, but also an identity-related language and a space of negotiation, cooperation, and affectivity. Internal working models of attachment and the dynamics associated with interpersonal motivational systems influence desire, emotional regulation, and modalities of contact, communication and connection. Sexual symptoms often emerge as the outcome of circular dysfunctional relational processes.

This article presents an integrated model for the treatment of couple sexual difficulties that combines sensate-focus-based exercises, experiential work on meanings, Integrated Sequential Reconstruction (ISR) and includes guidelines for the integration of EMDR when personal or relational trauma contributes to the onset and maintenance of the symptom.

Keywords: couple, sexual symptoms, integrated behavioral sex therapy.

Prospettiva Cognitivo-Costruttivista della coppia

Nella clinica di coppia, il modello cognitivo-costruttivista considera le difficoltà relazionali e sessuali non come problematiche individuali, ma come espressione dei significati co-costruiti nella relazione. Ogni partner porta con sé schemi emotivi, cognitivi e relazionali derivanti dalla propria storia affettiva (Guidano, 1991) che influenzano la percezione dell'altro, la comunicazione e l'interpretazione degli eventi, compresi quelli legati alla sessualità. Nella coppia, tali significati si intrecciano generando una dinamica unica, in cui i partner co-costruiscono, condividono e negoziano identità, bisogni e aspettative reciproche.

Le differenze tra gli stili individuali possono generare complementarietà ma anche conflitti, soprattutto nei momenti di transizione o fronteggiamento di eventi critici (lutti, nascite, cambiamenti lavorativi, trasferimenti): ciò accade con maggior probabilità quando i significati attribuiti da ciascun

partner divergono e producono squilibri, incomprensioni ed eventualmente condizioni sintomatiche. La crisi di coppia, in questo senso, non è solo un problema da risolvere ma anche un'opportunità per riorganizzare schemi relazionali e significati personali, promuovendo una connessione più profonda e nuovi equilibri interpersonali (Dodet, 2014).

Il costruttivismo propone di esplorare la coppia come sistema emotivo, narrativo, percettivo e comportamentale in cui il disagio emerge attraverso narrazioni personali e condivise che diventano rigide o incongruenti (Neimeyer, 2005). La sessualità, come luogo di intimità relazionale, rappresenta spesso un'area in cui tali tensioni si manifestano con maggiore evidenza, esprimendo un valore comunicativo e identitario oltre che funzionale. Perciò l'intervento terapeutico mira in particolare a ricostruire sequenze di eventi, vissuti sensoriali ed emotivi, aspettative reciproche e significati impliciti (Esposito *et al.*, 2025), facilitando un dialogo costruttivo che renda possibile una ridefinizione condivisa più flessibile della dinamica relazionale.

Ugazio (2012) evidenzia come le polarità semantiche familiari – autonomia vs. dipendenza, potere vs. sottomissione, normalità vs. trasgressione – agiscano a livello implicito nella coppia, influenzando la disponibilità all'intimità e alla reciprocità. Il ruolo del terapeuta consiste nel favorire un processo di esplicitazione di tali rappresentazioni, permettendo ai partner di trasformare la percezione e la valutazione della realtà verso una direzione più favorevole. In questa prospettiva il sintomo non è un elemento da eliminare ma una “finestra” per contattare i significati relazionali.

La crisi diventa allora un'occasione di cambiamento, dove la sofferenza, se accompagnata da un processo dialogico ed emotivamente orientato, può generare nuovi significati, nuove esperienze e una connessione più autentica (Salvatore & Tschacher, 2012). Il lavoro clinico permette alla coppia di spostarsi da una logica centrata sul controllo o sul conflitto a una logica di co-creazione, comprensione e accettazione reciproca.

Il ruolo dell'attaccamento nella coppia

La teoria dell'attaccamento, elaborata da Bowlby (1979) e Ainsworth *et al.* (1978), si integra pienamente con l'approccio cognitivo-costruttivista poiché entrambi i modelli considerano le relazioni come sistemi dinamici di significati costruiti a partire dalle prime esperienze con i caregiver. Tali esperienze contribuiscono sostanzialmente alla genesi dei Modelli Operativi Interni (MOI): rappresentazioni cognitive, emotive, sensoriali e motorie che guidano la lettura della realtà relazionale e orientano il comportamento nelle

relazioni adulte, incluse quelle di coppia (Guidano, 1991). I MOI non sono strutture rigide, piuttosto sistemi evolutivi che si modificano attraverso l'esperienza relazionale.

Gli studi sull'attaccamento adulto (Bretherton, 1990; Main *et al.*, 1985; Oppenheim & Waters, 1995) hanno evidenziato che le rappresentazioni interne assumono la forma di copioni relazionali, ovvero sequenze organizzate attraverso l'integrazione di nessi temporali e causali e memorie associative connesseventi ripetuti nella propria storia. Semplificando a scopo esemplificativo: chi ha sperimentato caregiver sufficientemente disponibili e coerenti tende a sviluppare rappresentazioni organizzate e flessibili, favorendo fiducia, intimità e capacità di adattamento; al contrario, esperienze di prevedibile rifiuto o incoerenza imprevedibile, generano schemi rigidi o lassi, caratterizzati da difficoltà nella regolazione emotiva, nella costruzione di intimità e nell'affidamento all'altro; gli individui che hanno sperimentato un caregiving discontinuo e contraddittorio tendono a sviluppare copioni disorganizzati, privati della capacità di giungere a una soluzione coerente e integrata.

Il sistema di attaccamento si attiva in situazioni percepite come stressanti o minacciose, con la funzione di garantire protezione e ristabilire una sicurezza interna. Quando la base sicura non è disponibile l'individuo può ricorrere a strategie secondarie: iperattivazione del sistema di attaccamento (ricerca ansiosa di vicinanza e rassicurazione) o disattivazione del repertorio comportamentale dell'attaccamento (soppressione dei bisogni di attaccamento), compromettendo così la regolazione emotiva e la qualità delle relazioni (Liotti, 1992).

Hazan e Shaver (1994) hanno esteso la teoria dell'attaccamento alle relazioni romantiche, mostrando come l'amore adulto sia strutturalmente simile al legame originario con il caregiver, poiché entrambi questi campi relazionali soddisfano funzioni di base, ossia il mantenimento della prossimità, la protesta alla separazione e la ricerca di base sicura. Allo stesso tempo in età adulta l'attaccamento assume caratteristiche proprie, acquisendo una dimensione di reciprocità delle funzioni di protezione, la presenza della sessualità come canale di intimità, la capacità di mantenere il sistema esplorativo anche in assenza della figura di riferimento, l'accesso alla costruzione di un assetto cooperativo e di gestione della conflittualità oltre che l'integrazione di vissuti e rappresentazioni pregresse. Gli studi più recenti (Mikulincer & Shaver, 2007; 2019; Simpson & Rholes, 2017) confermano che i pattern di attaccamento influenzano profondamente i processi di regolazione emotiva, le modalità di gestione dei conflitti, la costruzione dei significati interpersonali e l'organizzazione dell'esperienza affettiva e sessuale. Gli schemi di

attaccamento funzionano dunque come mappe narrative ed emotive che guidano la lettura dei segnali relazionali, orientano la gestione della vicinanza e dell'autonomia, e modulano le aspettative rispetto alla disponibilità e responsabilità dell'altro.

La relazione di coppia va dunque considerata come un campo dinamico di co-costruzione di significati, in cui gli schemi di attaccamento e i Sistemi Motivazionali Interpersonali evolutivi si attivano, si intrecciano e vengono continuamente negoziati. Questi sistemi orientano le esperienze affettive e sessuali, influenzano la gestione dei bisogni di protezione, intimità ed esplorazione, e definiscono il modo in cui i partner interpretano e rispondono ai segnali di vicinanza, distanza e rifiuto.

I Sistemi Motivazionali Interpersonali nella coppia

I Sistemi Motivazionali Interpersonali (SMI) rappresentano reti funzionali evolutive, innate e orientate al soddisfacimento di bisogni fondamentali nella relazione con l'altro, guidando emozioni, comportamenti e significati sociali (Liotti & Monticelli, 2008; Panksepp, 1998). Essi forniscono il "software emotivo" che regola aspettative, obiettivi e modalità di interazione, e si attivano in base al contesto relazionale. Nella coppia, i principali sistemi rilevanti sono:

- *sistema di attaccamento*: attiva il bisogno di prossimità e di sicurezza in presenza di minacce o insicurezze relazionali; nella coppia regola la ricerca di rassicurazione, conforto e contenimento, la modulazione della dipendenza e della risposta al rifiuto;
- *sistema d'accudimento (caregiving)*: orientato alla cura dell'altro, alla protezione e al mantenimento del legame; favorisce disponibilità empatica e sostegno emotivo;
- *sistema sessoaffettivo (erotico)*: mobilita il desiderio, la ricerca di piacere condiviso e favorisce la riproduzione, integrando segnali fisici, relazionali e simbolici connessi all'attrazione sessuale e che può essere facilitato o inibito dalla percezione di sicurezza relazionale;
- *sistema gerarchico/competitivo (rank)*: regola aspetti di autonomia/potere, riconoscimento sociale e rivalità; può essere attivato in conflitti di ruolo o di valore all'interno della coppia,
- *sistema cooperativo paritetico*: si attiva nel riconoscimento di obiettivi condivisi la cui realizzazione necessita di una collaborazione paritetica (gioco a somma diversa da zero);

- *sistema di gioco sociale*: favorisce l'esplorazione in un contesto ludico, privo di minacce e pericoli, in cui lo scopo è l'apprendimento; può essere attivato nell'esplorazione dell'esperienza sessuale e sollecitato da proposte mansionali tipiche della terapia mansionale integrata.

La qualità del legame di coppia dipende dall'equilibrio e dalla miscelazione tra questi sistemi: in presenza di un'attivazione prevalente, rigida/lassa e/o disfunzionale, può interferire con la realizzazione di un'intimità sessuale. Ad esempio, un'eccessiva attivazione del sistema di attaccamento può generare dipendenza disfunzionale o paura della vicinanza, mentre un agonismo predominante può trasformare la sessualità in terreno di controllo, rango o competizione.

I sistemi non funzionano in modo isolato, ma interagiscono tra loro, modulandosi, integrandosi o entrando in conflitto. La clinica osserva spesso circoli ricorsivi come ad esempio un pattern "richiesta-ritiro": il partner con attaccamento ansioso attiva una richiesta di vicinanza mentre l'altro, tendenzialmente evitante, risponde con ritiro per proteggere la propria iperautonomia. Questo schema irrigidisce la comunicazione emotiva e sessuale, generando frustrazione, calo del desiderio, conflitti di potere o disfunzioni (Mikulincer & Shaver, 2016). Nella prospettiva cognitivo-costruttivista, questi sistemi sono legati in particolare alle narrazioni tramite cui ciascun partner attribuisce significato alle esperienze relazionali e sessuali.

Il terapeuta in questi casi esplora non solo l'attivazione dei sistemi coinvolti, ma anche le loro rappresentazioni storiche, emotive e identitarie.

Pertanto, in ambito clinico risulta utile identificare:

1. gli stili di attaccamento impliciti ed espliciti;
2. i Sistemi Motivazionali attivati in momenti specifici (iniziativa sessuale, protezione, conflitto);
3. le narrazioni che attribuiscono senso ai gesti affettivi e sessuali;
4. i pattern relazionali ricorrenti.

L'intervento terapeutico mira a rendere espliciti i significati impliciti, favorendo modalità alternative di interazione e co-costruendo nuove trame narrative che integrino sicurezza affettiva e vitalità erotica. In questa prospettiva il sintomo sessuale diventa una forma di comunicazione e un accesso privilegiato alla comprensione della dinamica motivazionale e narrativa della coppia.

Tabella 1. Attaccamento, attivazione dei sistemi motivazionali e possibili implicazioni cliniche

Stile di attaccamento	Pattern di attivazione (attaccamento ↔ altri sistemi)	Impatto su intimità e sessualità	Esempi clinici tipici	Obiettivi/interventi terapeutici
Sicuro	Attivazione flessibile: attaccamento e caregiving funzionano in sinergia con sessualità ed esplorazione, favorendo equilibrio, intimità e vitalità nella relazione di coppia	Buona regolazione emozionale; sessualità integrata con vicinanza e novità	Normalmente buona intimità; crisi più legate a stress esterni	Consolidare le risorse narrative, potenziare le competenze comunicative e sostenere la capacità della coppia di mantenere un equilibrio dinamico tra novità e sicurezza all'interno della relazione
Ansioso/ Preoccupato	Iperattivazione dell'attaccamento: la sessualità può essere impiegata come strumento per ottenere rassicurazione e conferme della disponibilità del partner, riflettendo un intenso bisogno di vicinanza e di validazione affettiva.	Iniziative erotiche spesso connotate da un'elevata componente ansiosa, riflettendo la difficoltà a vivere la sessualità come esperienza di reciproco piacere e connessione. Rischio di dipendenza emotiva	Il bisogno di rassicurazione si manifesta attraverso richieste insistenti di conferme affettive e comportamenti di gelosia, spesso accentuati dalla percezione di un calo del desiderio da parte del partner. Il calo del desiderio viene vissuto come una minaccia diretta al legame, innescando crisi relazionali e un'intensa riattivazione del sistema di attaccamento	Promuovere una maggiore regolazione dell'ansia di attaccamento, favorire la separazione tra la dimensione sessuale e i bisogni di autovalidazione e amabilità, incrementare la sicurezza narrativa
Evitante/ Distanziato	Iperinvestimento sull'autonomia personale, riduzione della consapevolezza o dell'espressione dei bisogni di vicinanza, con una tendenza a concepire la sessualità come esperienza separata dalla dimensione affettiva	Difficoltà a integrare intimità emotiva con la sessualità; Tendenza al ritiro di fronte alle richieste affettive del partner, come modalità difensiva volta a mantenere il controllo e ridurre la vulnerabilità emotiva.	Pattern richiesta-ritiro: la ricerca di vicinanza di un partner genera nell'altro una risposta di chiusura o allontanamento. Tale dinamica contribuisce spesso al calo del desiderio sessuale, che viene percepito dal partner come un segnale di disinvestimento o di rifiuto affettivo.	Favorire una progressiva tolleranza della vicinanza emotiva e della dipendenza dall'altro, attraverso esperimenti incrementali di intimità
Disorganizzato/ Timoroso	Attivazioni contraddittorie del sistema di attaccamento: il desiderio di vicinanza coesiste con una paura intensa dell'altro e della relazione. Questa dinamica genera una marcata disregolazione emotiva, con oscillazioni improvvise tra ricerca e rifiuto del contatto, che possono riprodursi anche nella dimensione sessuale	La sessualità può diventare una fonte di confusione, vergogna o di vissuti dissociativi, in quanto riattiva memorie traumatiche legate alla paura e alla perdita di controllo. L'esperienza erotica, anziché rappresentare uno spazio di connessione, può essere investita di ambivalenze e vissuta come minacciosa	Reazioni emotive estreme e oscillazioni tra il bisogno di attaccamento e il rifiuto della relazione. Il sistema sessuale può attivarsi in modo incongruo, sostituendo o confondendosi con altri Sistemi Motivazionali Interpersonali, generando comportamenti contraddittori e vissuti di disconnessione emotiva	Sostenere la stabilità emotiva, potenziare la mentalizzazione e costruire insieme al paziente interventi che garantiscano un senso costante di sicurezza relazionale

L'intervento clinico sulla coppia con disfunzioni sessuali

Il trattamento delle disfunzioni sessuali rappresenta un'area complessa della psicoterapia poiché l'intervento non è esclusivamente individuale ma diretto alla relazione di coppia, agendo sull'intimità, sulla comunicazione e sull'immagine di sé e dell'altro. In chiave cognitivo-costruttivista, il sintomo sessuale non è solo conseguenza di un deficit/disturbo ma anche espressione di significati personali e condivisi che la coppia usa implicitamente per codificare l'esperienza sessuale-affettiva, che si traduce in una narrazione dell'identità personale e della coppia. Sebbene in questi casi spesso ci si interroghi su “Cosa non funziona?” risulta più efficace domandarsi “Come la coppia ha generato e mantiene questo sintomo in questo preciso momento della sua storia?”. In tale prospettiva ciascun partner contribuisce alla costruzione della percezione della realtà sessuale condivisa ed è sulle modalità di co-costruzione di tale esperienza che si orienta l'intervento clinico (Fenelli & Volpi, 2024).

Chiara (32 anni) e Luca (35 anni) chiedono aiuto per la difficoltà di lui a mantenere l'erezione. Nei primi colloqui entrambi parlano del problema come di una “prova d'amore fallita”: Luca si sente inadeguato come uomo mentre Chiara interpreta l'episodio come un segnale di disinteresse nei suoi confronti. La disfunzione erettile non è soltanto un fenomeno fisiologico, diventa un nodo simbolico che minaccia la relazione. In terapia, il lavoro si orienta a decostruire questi significati rigidi (“Un vero uomo deve sempre...”, “Se non mi desidera significa che non mi ama”) per aprire a nuove narrazioni condivise.

La sessualità diventa espressione di un linguaggio relazionale, nel quale si intrecciano identità, potere, intimità e riconoscimento reciproco. Il sintomo sessuale assume spesso valore simbolico, canale espressivo per bisogni di protezione, segnalazione di distanza relazionale, paura di dipendenza, rabbia trattenuta o desiderio di vicinanza. Anche quando il disturbo/deficit sia riconducibile a fattori psicobiologici intrapsichici è fondamentale inserire tale fenomeno all'interno di dinamiche interpersonali che determinano o favoriscono il mantenimento della disfunzione sessuale: il corpo diviene linguaggio di tensioni relazionali non elaborabili a livello esplicito.

In questa cornice, la Terapia Mansionale Integrata (TMI) mantiene la sua validità come modello centrato sul sintomo e sulle tecniche comportamentali (Fenelli & Lorenzini, 2012), integrata con approcci evoluzionisti, relazionali e narrativi. L'obiettivo non è solo la riduzione sintomatologica ma anche la promozione di un benessere personale e interpersonale attraverso un cambia-

mento significativo e stabile, realizzabile tramite l'esplorazione dei modelli operativi affettivi, dei significati impliciti e della dinamica sistemica della coppia (Esposito *et al.*, 2025).

Il sintomo sessuale viene considerato come un fenomeno regolativo del sistema di coppia, che emerge in una determinata fase evolutiva della diade e svolge una funzione di protezione dell'equilibrio identitario individuale e relazionale.

Non si tratta di identificare causazioni lineari, piuttosto di descrivere ed esplicitare un processo coalizionale che include fattori individuali, relazionali, contestuali e storici. La regolazione dei Sistemi Motivazionali Interpersonali – in particolare attaccamento, accudimento, sessualità e agonismo – gioca un ruolo cruciale: quando questi sistemi operano in modo incongruente o rigido, ostacolano il naturale fluire della sessualità compromettendo esperienze cooperative e ludiche che sostengono l'intimità, il piacere e l'esplorazione (Iuliano, 2025a; 2025b).

Un modello terapeutico efficace deve considerare le tre dimensioni della sessualità:

- *rettaliana*, connessa alla regolazione corporea e fisiologica;
- *limbica*, correlata all'affettività, alla sintonizzazione emotiva e alla regolazione delle dinamiche interpersonali e di ricerca di vicinanza;
- *corticale*, riguardante le rappresentazioni mentali associate a significati, immagini del Sé come partner sessualizzato narrazioni e aspettative reciproche, promuovendo la regolazione psicofisiologica, rafforzando connessioni emotive e sostenendo la co-costruzione di significati condivisi in continuo aggiornamento.

Gli interventi mansionali sessuali richiedono un aggiornamento alla luce delle neuroscienze e dell'avvento degli approcci bottom-up, enfatizzando il ruolo dell'esperienza sensoriale, corporea e pre-riflessiva come accesso privilegiato al cambiamento (Lotto, 2017; La Rosa & Onofri, 2017).

La terapia, dunque, si orienta verso un approccio integrato che prevede sia il trattamento della coppia come unità fondamentale di intervento e sia momenti di lavoro individuale, ove valutato come funzionale alla risoluzione del disagio, nello specifico la ricostruzione sequenziale degli episodi significativi, esplorati nei loro aspetti sensoriali, emotivi, cognitivi e relazionali. Il terapeuta promuove uno spazio equanime di esplorazione, favorendo la reciprocità emotiva, la comprensione condivisa e la capacità della coppia di co-costruire una sessualità più consapevole, autentica e vitale.

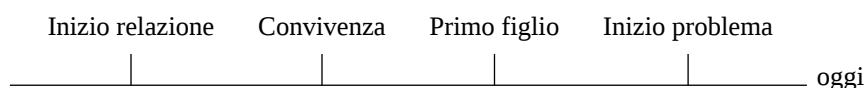
Il processo terapeutico: l'importanza della ricostruzione degli eventi e la storia della coppia attraverso la Ricostruzione Sequenzializzata Integrata come metodo.

Nel contesto terapeutico di coppia, l'obiettivo iniziale si traduce nella ricostruzione del processo relazionale seguendo una linea temporale sulla quale vengono collocati gli eventi rilevanti che hanno contribuito a cambiamenti di significato nella storia della coppia. Tale ricostruzione non mira a spiegare il *perché* siano avvenuti, ma *quando e come* si sono sviluppati. Attraverso questa mappatura narrativa ed esperienziale si evidenzia l'evoluzione dello scompenso relazionale associato agli snodi biografici, favorendo l'individuazione del processo eziopatogenetico (Fenelli & Volpi, 2025). In questa fase la coppia viene invitata a descrivere in modo dettagliato l'ultimo episodio in cui si è manifestato il problema oppure l'evento che li ha motivati a chiedere aiuto; successivamente, si procede con la costruzione di una mappa cronologica della storia relazionale, includendo momenti simbolicamente rilevanti (scelta reciproca, primo bacio, primo rapporto sessuale, convivenza, matrimonio, nascita di figli, lutti, trasferimenti). L'attenzione è rivolta al significato attribuito ai vari eventi allo scopo di comprendere come alcuni cambiamenti non siano stati integrati nell'identità di coppia, generando così squilibri.

La linea del tempo diventa uno strumento clinico per formulare ipotesi: consente di collocare l'insorgenza del sintomo rispetto a fasi evolutive della relazione senza attribuire causalità diretta. Ad esempio, la comparsa del problema dopo la nascita di un figlio può essere letta alla luce di ulteriori fattori concomitanti (cambiamenti lavorativi, eventi familiari, lutti) che amplificano la vulnerabilità del sistema-coppia.

Nel lavoro terapeutico particolare attenzione è rivolta ai giochi di potere, alle dinamiche seduttive e alle forme di alleanza (o collusione) che possono emergere anche nel setting terapeutico. Un passaggio cruciale è la ridefinizione condivisa del problema in termini sovra-individuali, favorendo una transizione da una visione colpevolizzante a una prospettiva di comprensione condivisa attraverso la co-costruzione di significati e strategie di risoluzione dei problemi, aprendo così a nuovi orizzonti di senso inaccessibili individualmente.

La prima mappatura degli eventi può essere rappresentata su una linea del tempo, utile per formulare ipotesi rispetto alla comparsa dei problemi all'interno della relazione. Ad esempio:



La Ricostruzione Sequenzializzata Integrata (RSI) (Esposito *et al.*, 2025) è un metodo clinico esperienziale che consiste nella ricostruzione rallentata e dettagliata di episodi autobiografici significativi, trasformati in scene collocate in uno spazio-tempo preciso e descritte sul piano coreografico (come), scenografico (dove/quando) e di sceneggiatura (cosa/con chi). L'obiettivo è far emergere, in tempo presente, le componenti cognitive, emotive, sensoriali, immaginative e corporee dell'esperienza, favorendo auto-osservazione, consapevolezza e sviluppo delle capacità metacognitive dei partner. Il metodo nasce in continuità con la "Moviola" di Guidano (1991), che aggiorna attraverso una maggiore proceduralizzazione dei passaggi clinici e l'integrazione sistematica di tecniche corporee ed esperienziali, permettendo un lavoro sia top-down che bottom-up.

La procedura prevede la ricostruzione/riproduzione di:

- *scena evento*, così come riportata dalla coppia: panoramica o Panning (Tempo 1);
- *scena in antefatto/antecedente*: rispettivamente, ricostruzione della scena (o delle scene) che immediatamente precede l'evento e la scena storicamente correlata con l'attivazione emotiva come percepita dai partner.
- *scena evento ripercorsa*, in ricostruzione rallentata in sequenza della scena riportata dalla persona/coppia al Tempo 1;
- *scena vista dall'esterno/decentramento*: rappresentazione di sé nella scena con l'altro;
- *scena di chiusura*: conseguenze/termine esperienza.

Durante la sequenza, il terapeuta osserva non solo i contenuti narrativi ma anche le manifestazioni corporee (sguardo, postura, prosodia, movimenti), utilizzandole come indicatori delle micro-oscillazioni emotive e come base per introdurre tecniche esperienziali prevedibilmente efficaci. Nella psicoterapia sessuale, la RSI si focalizza in particolare sulla reciprocità corporea (distanza/vicinanza, ritmo, contatto), includendo anche gli aspetti più concreti della "meccanica" dell'incontro sessuale, così da distinguere difficoltà tecniche e strutturali da blocchi cognitivi ed emotivi. Vengono ricostruite anche le scene relative alle mansioni sessuali prescritte.

La RSI produce benefici su un duplice livello. Per i partner facilita l'osservazione di sé e dell'altro durante l'interazione, aumentando la consapevolezza delle componenti sensoriali, emotive e cognitive, rendendo più leggibili le dinamiche di reciprocità e i propri modelli operativi interni; per il terapeuta, offre una cornice entro cui introdurre in modo graduale le mansioni sessuali e integrare strumenti pratico-corporei (role play, sculture relazionali,

esercizi di immedesimazione, pratiche di contatto sensoriale, grounding, respirazione guidata, focalizzazione sensoriale) costruiti ad hoc.

In conclusione, la RSI configura un dialogo clinico strategicamente orientato, applicabile a terapie individuali e di coppia, che fornisce una piattaforma ideale per integrare Terapia Mansionale Integrata e tecniche esperienziali, esplorando in profondità l'esperienza vissuta come terreno privilegiato del cambiamento terapeutico.

Integrazioni cliniche

In ambito clinico numerose problematiche sessuali possono presentare una componente traumatica che si intreccia con la storia evolutiva e relazionale dell'individuo o della coppia. Esperienze precoci di trascuratezza, umiliazione, abuso fisico o sessuale, come anche eventi relazionali ripetuti di rifiuto o svalutazione, possono lasciare tracce profonde nella memoria implicita e nel corpo, influenzando la capacità di affidarsi, di provare piacere e di vivere l'intimità in modo sicuro. Quando il trauma si iscrive all'interno del Sistema di attaccamento – come nei casi di abuso intrafamiliare – si determina l'attivazione simultanea dei sistemi di difesa e di attaccamento, con conseguente frammentazione dell'esperienza e difficoltà di integrazione (Liotti & Farina, 2011).

In questa prospettiva, il corpo non è solo teatro del sintomo ma diviene anche il luogo della memoria traumatica e della possibilità di elaborazione. Come sottolinea Van der Kolk (2015), le esperienze traumatiche non elaborate tendono a “rimanere nel corpo”, generando risposte fisiologiche e sensoriali che si riattivano nella vita intima e relazionale. L'integrazione tra approcci cognitivi, corporei ed esperienziali consente di favorire la ricomposizione del legame tra vissuto emotivo e rappresentazione cognitiva.

Tra gli approcci maggiormente riconosciuti per l'elaborazione delle esperienze traumatiche, l'Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR & Shapiro 2013, 2019) rappresenta una delle terapie di elezione. Il suo funzionamento si fonda sul modello dell'Elaborazione Adattiva dell'Informazione (AIP), secondo cui gli eventi traumatici rimangono immagazzinati in reti mnestiche disfunzionali, insieme alle emozioni, alle sensazioni corporee e alle convinzioni negative originariamente associate. Attraverso la stimolazione bilaterale alternata (visiva, tattile o uditiva), il protocollo EMDR facilita la riattivazione del sistema naturale di elaborazione dell'informazione, consentendo la riorganizzazione integrata del ricordo e la sua ricodifica in termini adattivi.

Dal punto di vista neurobiologico la stimolazione bilaterale coinvolge i due emisferi cerebrali e modula il funzionamento delle aree limbiche, favorendo un riequilibrio tra l'attivazione emotiva e i processi corticali di regolazione e mentalizzazione (Pagani & Carletto, 2017). Questo permette al paziente di accedere a ricordi dolorosi senza essere sopraffatto dall'intensità affettiva, integrandoli in una narrazione coerente e meno minacciosa.

Nel lavoro clinico con la coppia l'integrazione dell'EMDR con la terapia sessuale integrata consente di elaborare non solo i traumi individuali, ma anche quelli relazionali: esperienze di umiliazione, rifiuto, tradimento o perdita che hanno inciso sulla possibilità di fidarsi dell'altro e di vivere la sessualità in modo libero e giocoso. L'EMDR, in questo contesto, diventa uno strumento esperienziale che, lavorando sul corpo e sulla memoria implicita, favorisce la riconnessione tra sicurezza e desiderio, tra contatto fisico e significato emotivo. Integrato in un percorso narrativo-relazionale, esso sostiene la co-costruzione di nuove esperienze di fiducia, intimità e piacere condiviso (Iuliano, 2025a).

La stimolazione bilaterale (BLS) si fa su un partner alla volta in un contesto individuale o di coppia. In terapia di coppia uno dei partner è il target, l'altro è presenza regolata. Quindi non si fa EMDR "sulla coppia", ma con la coppia presente (Shapiro, 2019).

Il target è individuale, si lavora su una ferita personale anche se il contesto è relazionale. Il partner osserva come testimone regolato. Il setting può essere organizzato con il partner seduto di lato, contatto visivo solo se regolante e pause frequenti per il riorientamento al presente (Roques, 2017).

Conclusioni

La prospettiva cognitivo-costruttivista, integrata con la teoria dei Sistemi Motivazionali Interpersonali, offre un modello dinamico per comprendere i disturbi dell'intimità non come mere disfunzioni, ma come espressioni dei significati relazionali e corporei co-costruiti nella storia della coppia. In questa integrazione, la relazione è vista come un sistema in cui emozioni, narrazioni e motivazioni interpersonali si intrecciano, influenzando la qualità del legame e la possibilità di vivere la sessualità in modo più coerente e vitale.

L'attenzione al corpo, ai Sistemi Motivazionali e ai processi esperienziali permette di leggere il sintomo come un linguaggio incarnato, capace di esprimere ciò che la mente non riesce ancora a rappresentare o a comunicare. In questo senso, la terapia diventa uno spazio privilegiato in cui il corpo e la parola tornano a dialogare, e la sofferenza può trasformarsi in consapevolezza.

L'approccio proposto, fondato sulla ricostruzione sequenziale delle esperienze (RSI) e sull'integrazione di tecniche corporee e di elaborazione del trauma, come l'EMDR, consente di ricomporre fratture di senso e di restituire alla coppia una nuova continuità narrativa ed emotiva.

Bibliografia

- Ainsworth M.D.S., Blehar M.C., Waters E. & Wall S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Lawrence Erlbaum.
- Bowlby J. (1979). The Bowlby-Ainsworth attachment theory. *Behavioral and Brain Sciences*, 2(4): 637-638.
- Bretherton I. (1990). Communication patterns, internal working models, and the intergenerational transmission of attachment relationships. *Infant Mental Health Journal*, 11(3): 237-252.
- Dodet M. (2014). Costruire storie e significati in terapia di coppia. *Psicobiiettivo*, XXXIV, 1: 119-126. DOI: 10.3280/PSOB2014-001009.
- Esposito M. *et al.* (2025). Le disfunzioni sessuali: per una terapia mansionale integrata complessa. In: Cavallo F. (a cura di), *Manuale di sessuologia clinica: Sesso, genere e orientamento. Nuove sfide e competenze in psicoterapia* (pp. 272-281). Roma: Carocci.
- Esposito M., Pisciotto F., Tourjansky G. & Gorgoni M. (2025). Ricostruzione Sequenzializzata Integrata (RSI): sequenzializzare come metodo di auto-osservazione in psicoterapia per un'applicazione efficace delle tecniche. *Quaderni di Psicoterapia Cognitiva*, 56: 101-126. DOI: 10.3280/qpc56-2025oa21774.
- Fenelli A. & Lorenzini R. (2012). *Clinica delle disfunzioni sessuali*. Roma: Carocci.
- Fenelli A. & Volpi R. (2024). Sessuologia e psicoterapia sessuale. In: Ardito R. & Bara B. (a cura di), *Manuale di psicologia clinica e psicoterapia cognitiva – la prospettiva costruttivista e relazionale* (pp. 488-512). Roma: Giovanni Fioriti.
- Guidano V.F. (1991). *The self in process: Toward a post-rationalist cognitive therapy*. New York: Guilford Press.
- Hazan C. & Shaver P.R. (1994). Attachment as an organizational framework for research on close relationships. *Psychological inquiry*, 5(1): 1-22.
- Iluliano C. (2025a). *Sessualità: corpo, relazione e trauma*. Roma: Giovanni Fioriti.
- Iluliano C. (2025b). Quando il comportamento sessuale racconta il trauma. In: Cavallo F. (a cura di), *Manuale di sessuologia clinica: Sesso, genere e orientamento. Nuove sfide e competenze in psicoterapia* (pp. 385-394). Roma: Carocci.
- La Rosa C. & Onofri A. (2017). *Dal basso in alto (e ritorno...): Nuovi approcci bottom up: Psicoterapia cognitiva, corpo, EMDR*. Roma: Apertamenteweb.
- Liotti G. (1992). Disorganized/disoriented attachment in the etiology of the dissociative disorders. *Dissociation*, 5(4): 196-204.
- Liotti G. & Farina B. (2011). *Sviluppi traumatici. Eziopatogenesi, clinica e terapia della dimensione dissociativa*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Liotti G. & Monticelli F. (2008). *I sistemi motivazionali nel dialogo clinico*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Lotto B. (2017). *Deviate: The science of seeing differently*. London: Weidenfeld & Nicolson.

- Main M., Kaplan N. & Cassidy J. (1985). Security in infancy, childhood, and adulthood: A move to the level of representation. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 50(1-2): 66-104.
- Mikulincer M. & Shaver P.R. (2007). Attachment, group-related processes, and psychotherapy. *International Journal of Group Psychotherapy*, 57(2): 233-245. DOI: 10.1521/ijgp.2007.57.2.233.
- Mikulincer M. & Shaver P.R. (2019). Attachment orientations and emotion regulation. *Current Opinion in Psychology*, 25, 6-10. DOI: 10.1016/j.copsyc.2018.02.006.
- Neimeyer R. (2005). Grief, loss, and the quest for meaning: Narrative contributions to bereavement care. *Bereavement Care*, 24(2): 27-30. DOI: 10.1080/02682620508657628.
- Oppenheim D. & Waters H.S. (1995). Narrative processes and attachment representations: Issues of development and assessment. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 60(2-3): 197-215.
- Pagani M. & Carletto S. (2019). *Il cervello che cambia*. Roma: Mimesis.
- Panksepp J. (1998). The periconscious substrates of consciousness: Affective states and the evolutionary origins of the self. *Journal of consciousness studies*, 5(5-6): 566-582.
- Roques J. (2017). *Coppie e EMDR: Una terapia integrativa*. Milano: FrancoAngeli.
- Salvatore S. & Tschacher W. (2012). Time dependency of psychotherapeutic exchanges: The contribution of the theory of dynamic systems to the process analysis. *Frontiers in Psychology*, 3: Article 253. DOI: 10.3389/fpsyg.2012.00253.
- Shapiro F. (2013). *Lasciare il passato nel passato. Tecniche di auto-aiuto nell'EMDR*. Roma: Astrolabio.
- Shapiro F. (2019). *EMDR. Il manuale. Principi fondamentali, protocolli, procedure*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Shaver P.R. & Mikulincer M. (2007). Adult Attachment Strategies and the Regulation of Emotion. In: Gross J.J. (ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 446-465). New York: Guilford Press.
- Simpson J.A. & Rholes W.S. (2017). Adult attachment, stress, and romantic relationships. *Current Opinion in Psychology*, 13: 19-24. DOI: 10.1016/j.copsyc.2016.04.006.
- Ugazio V. (2012). *Storie permesse storie proibite: polarità semantiche familiari e psicopatologie*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Van der Kolk B.A. (2015). *Il corpo accusa il colpo. Mente, corpo e cervello nell'elaborazione delle memorie traumatiche*. Milano: Raffaello Cortina Editore.

La sessualità nelle condizioni di fragilità: suggerimenti di buona pratica clinica



Fausta Martino*, Sibilla Giangreco**, Stefania Traini***,
Jacopo Stringo****, Vito Lupo*****, Francesca Cavallo*****

Ricevuto il 17 dicembre 2025, accettato il 26 maggio 2026

Sommario

Il contributo esplora il costrutto multidimensionale della fragilità, inteso non come mera vulnerabilità ma come processo evolutivo di riorganizzazione del sé in specifiche condizioni di vita atipiche, nelle sue declinazioni reattiva, evolutiva e integrata. Il focus si posiziona sull'intersezione tra fragilità e sessualità, analizzando come questa dimensione fondamentale del benessere umano venga ridefinita, sostenuta e talvolta trascurata in tre specifici contesti: l'invecchiamento, la disabilità e l'oncologia. Vengono presentati e discussi modelli teorici e interventi evidence-based (cognitivo-comportamentali, mindfulness, psicoeducativi) volti a promuovere una "sessualità sostenibile", che integri aspetti biologici, psicologici e conte-

* Psicologa, psicogeriatra, dottore di Ricerca; Secondo centro di terapia cognitiva di Forlì, via Dragoni 57 – 47122 Forlì; e-mail: faustamartino.psicologa@gmail.com.

** Delegata Regione Sicilia CIS (Centro Italiano di Sessuologia), Coordinatrice scuola di Psicoterapia Aletea, via San Vincenzo 11 – 94010 Assoro; e-mail: sibillagiangreco@gmail.com.

*** Psicologa, Psicoterapeuta, Filosofa, Socia ordinaria della Società Italiana della Riproduzione Umana; e-mail: trainistefania@gmail.com.

**** Psicologo, dottorando di ricerca; 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.

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

***** 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/qpc57-2025oa23132

stuali. L'articolo sottolinea l'importanza di approcci ecologici e sistemici, che coinvolgano la persona, la famiglia, gli operatori e il contesto istituzionale, per riconoscere la sessualità come diritto e spazio vitale di riconoscimento, agency e continuità identitaria anche nelle condizioni di fragilità.

Parole chiave: fragilità, sessualità sostenibile, interventi cognitivo comportamentali, agency.

Sexuality in Frailty: Recommendations for Good Clinical Practice

Abstract

The paper explores the multidimensional construct of frailty, understood not merely as vulnerability but as an evolving process of self-reorganization in specific atypical life conditions, articulated in its reactive, developmental, and integrated forms. The focus lies on the intersection between frailty and sexuality, examining how this fundamental dimension of human well-being is redefined, supported, and at times neglected in three specific contexts: aging, disability, and oncology.

Theoretical models and evidence-based interventions (cognitive-behavioral, mindfulness-based, and psychoeducational) aimed at promoting a “sustainable sexuality” are presented and discussed, integrating biological, psychological, and contextual dimensions. The article emphasizes the importance of ecological and systemic approaches involving the individual, the family, healthcare professionals, and the institutional context, in order to recognize sexuality as a right and as a vital space for recognition, agency, and continuity of identity even in conditions of frailty.

Keywords: Frailty, Sustainable Sexuality, Cognitive-Behavioral Interventions, Agency.

Introduzione

Il presente contributo analizza le evidenze scientifiche e gli approcci terapeutici cognitivo-comportamentali nell'intersezione tra fragilità e sessualità. La sintesi della letteratura si è focalizzata sull'identificazione di modelli teorici CBT e sull'efficacia degli interventi (CBT standard, mindfulness, ACT, CFT) nelle tre aree cliniche considerate: anzianità, disabilità e oncologia. Sono state integrate anche esperienze cliniche esemplificative. L'obiettivo è tracciare un quadro utile alla valutazione e al trattamento psicoterapeutico delle problematiche sessuali in condizioni di vulnerabilità.

Il costrutto di fragilità

La fragilità rappresenta oggi una categoria complessa e multidimensionale, che supera la semplice vulnerabilità biologica o anagrafica per descrivere una condizione esistenziale e relazionale caratterizzata dalla riduzione delle risorse personali – fisiche, cognitive, psicologiche o sociali – e da una conseguente maggiore dipendenza dall’ambiente e dagli altri. Non coincide con la malattia, ma costituisce uno stato intermedio di vulnerabilità che può esporre la persona a disregolazione emotiva in presenza di stressors interni o esterni (Sciacchitano *et al.*, 2024). Invecchiando, anche in assenza di disabilità conclamate, la fragilità si affianca a mutamenti nella percezione del corpo e della sessualità: l’esperienza erotica si modifica parallelamente ai cambiamenti fisici, relazionali e identitari, assumendo nuovi significati legati alla tenerezza, al contatto e al bisogno di riconoscimento.

Come sottolineato nel Manuale di sessuologia clinica (Cavallo, 2025), nella fragilità la sessualità rimane un importante spazio di regolazione emotiva e continuità identitaria, sebbene esposto alle vulnerabilità corporee e relazionali tipiche di questa condizione.

Dal punto di vista psicologico, la fragilità si configura come un processo di perdita di coerenza identitaria e di agency: il soggetto fragile è vulnerabile non solo fisicamente, bensì risulta anche esposto a una crisi dei significati personali, dove la perdita di ruoli, autonomia e sicurezza corporea minaccia il senso di sé e la continuità narrativa dell’identità. È dunque una condizione esistenziale nella quale emergono sentimenti di inutilità o dipendenza, paura del futuro e difficoltà a integrare l’esperienza del corpo che cambia. Questo costrutto può essere letto come una crisi della continuità del sé in cui la perdita di autonomia, sicurezza corporea e ruolo sociale mette alla prova l’identità personale e la percezione di sé come soggetto capace di agire, desiderare e scegliere (Bornstein *et al.*, 2003) – dimensione che assume particolare rilevanza quando si intreccia con la sessualità, dove vulnerabilità e bisogno di riconoscimento emergono con evidenza.

L’esperienza clinica consente di distinguere tre forme di fragilità come tappe di un processo evolutivo. La fragilità reattiva costituisce la risposta acuta a eventi critici, caratterizzata da instabilità emotiva e ricerca di contenimento. La fragilità evolutiva rappresenta la fase di riorganizzazione del sé in cui la persona ridefinisce la propria immagine corporea e relazionale. Infine, emerge la fragilità integrata, condizione persistente ma consapevole nella quale la vulnerabilità è stata riconosciuta e trasformata in parte dell’identità, dove il limite diviene fonte di competenze relazionali e capacità di autoregolazione. In quest’ottica, la fragilità non è una semplice perdita di

funzionalità ma un processo evolutivo di riorganizzazione del sé nel quale il soggetto fragile – anziano, disabile o affetto da patologie acute o croniche – può ricostruire nuovi significati di sé e della propria corporeità attraversando queste fasi trasformative. Diventa così un luogo possibile di autenticità, interdipendenza e ridefinizione identitaria in cui la sessualità mantiene il suo valore di linguaggio vitale, connessione e umanità condivisa, ridefinendosi progressivamente attraverso il riconoscimento della vulnerabilità come dimensione costitutiva dell'esperienza umana.

Clinica della sessualità nell'età avanzata: processi di trasformazione e rinegoziazione funzionale

La sessualità in età avanzata rappresenta un ambito frequentemente trascurato o stereotipato nella letteratura scientifica e nella cultura comune, nonostante costituisca una componente fondamentale dell'esperienza umana e del benessere psicofisico. È importante considerare la sessualità come un diritto e un bisogno che permane lungo l'intero arco della vita, anche in presenza di fragilità fisica o di cambiamenti corporei. È necessario superare visioni riduttive e stigmatizzanti, proponendo un modello di sessualità “sostenibile” che riconosca l'unicità di ciascun individuo e le diverse modalità attraverso cui la sessualità può esprimersi e trasformarsi nel corso degli anni (Veglia, 2005).

Nell'ambito dell'anzianità, tale prospettiva assume un valore particolarmente rilevante. L'invecchiamento comporta inevitabilmente trasformazioni corporee, relazionali e psicologiche che richiedono una rinegoziazione del significato della sessualità, più che la sua negazione. La sessualità rimane una dimensione centrale dell'esperienza umana, profondamente connessa alla regolazione affettiva alla costruzione dell'identità e alla qualità delle relazioni interpersonali.

Interventi evidence-based

La letteratura scientifica mostra l'efficacia di interventi di mindfulness di gruppo, erogati anche attraverso incontri virtuali, rivolti a donne in età avanzata con basso desiderio sessuale. Il protocollo è una combinazione di pratiche di mindfulness, momenti di psicoeducazione sui cambiamenti sessuali legati all'invecchiamento e discussioni di gruppo finalizzate all'elaborazione dell'esperienza soggettiva. I risultati, rilevati dopo sei settimane, hanno mo-

strato che le partecipanti al gruppo mindfulness riportavano una riduzione significativamente maggiore del distress sessuale rispetto al gruppo di controllo, suggerendo un effetto specifico dell'intervento sul benessere sessuale (Thurston, 2023). Tali esiti risultano coerenti con i modelli teorici che attribuiscono alla mindfulness la capacità di modulare l'esperienza sessuale attraverso un aumento della consapevolezza corporea, la riduzione dell'ansia da prestazione e la diminuzione dei processi di auto-giudizio che influenzano desiderio e piacere (Thomas, 2025).

Nella terza età, gli elementi relazionali assumono una rilevanza particolare: in un periodo in cui il corpo cambia e le perdite (lutti, pensionamento, malattie) si fanno più frequenti, la sessualità può costituire un contenitore privilegiato di significati esistenziali, simbolo di continuità identitaria e risorsa per il benessere. L'esperienza sessuale si svincola progressivamente dai modelli prestazionali legati alla giovinezza e può assumere funzioni più intime, affettive e comunicative. In questo contesto, la sessualità non è più necessariamente centrata sull'atto penetrativo o sulla performance, ma si arricchisce di gesti di tenerezza, contatto corporeo, scambio emotivo e riconoscimento reciproco. La terapia sessuale cognitivo-comportamentale continua a costituire un modello di riferimento consolidato. Essa combina ristrutturazione cognitiva, desensibilizzazione all'ansia sessuale e attività comportamentali progressive, come il Sensate Focus adattato all'età, finalizzato a stimolare intimità e piacere senza la pressione della performance. Gli interventi relazionali si concentrano sulla comunicazione affettiva e sulla negoziazione dei bisogni sessuali, insegnando ai partecipanti a esprimere desideri, limiti e preferenze in maniera efficace, con l'obiettivo di ridurre il ritiro e l'isolamento emotivo e aumentare comportamenti intimi gratificanti (von Humboldt *et al.*, 2024).

Inoltre, gli incontri di gruppo, con paradigma di riferimento cognitivo, finalizzati al sexual well-being, hanno dimostrato di favorire condivisione e supporto sociale, normalizzando esperienze sessuali e affettive e promuovendo un cambiamento cognitivo attraverso il modelling sociale e conferma esperienziale. Questi programmi hanno evidenziato miglioramenti significativi nella soddisfazione sessuale e, in generale, nella qualità della vita, confermando l'efficacia di interventi che integrano dimensioni cognitive, comportamentali e sociali (von Humboldt *et al.*, 2024). L'intimità sessuale rappresenta una via privilegiata per contrastare il senso di isolamento, riattivare la propria vitalità e consolidare il legame con il partner, anche attraverso forme rinnovate di erotismo. All'interno di questo processo, l'esperienza emotiva assume un ruolo centrale: essa necessita di essere accolta e attraversata nella sua completezza, dal momento che è proprio nel sostare den-

tro le emozioni, evitando strategie di evitamento, che si attivano processi di integrazione personale e si favorisce un benessere psicologico più duraturo (Lambruschi, 2024). In questa prospettiva, le evidenze disponibili indicano che interventi psicologici mirati, di matrice cognitiva, possono sostenere una sessualità adulta e matura, orientata al benessere complessivo, alla qualità dell'intimità e alla capacità di adattarsi ai cambiamenti fisiologici e relazionali propri dell'invecchiamento.

Sessualità nelle RSA: modelli organizzativi integrati

La letteratura internazionale evidenzia come il diritto all'intimità e alla sessualità rimanga una dimensione fondamentale della qualità della vita anche nelle persone anziane residenti in RSA. La possibilità di vivere relazioni affettive, erotiche o sessuali non dipende esclusivamente dal desiderio degli ospiti, ma dall'ambiente istituzionale: politiche, spazi, atteggiamenti del personale e valorizzazione della privacy ne determinano la fattibilità. Le linee guida (es. Royal College of Nursing, 2022) e strumenti come il Sexuality Assessment Tool – SexAT (Bauer, 2014) offrono framework operativi. È cruciale garantire una privacy reale, attraverso ambienti dedicati (camere singole con letti matrimoniali, stanze protette), come dimostrano esperienze europee (es. “Care Homes For Couples” in Inghilterra; RSA Vardaga Lindgården in Svezia con “pleasure basket” e colloqui di ingresso sull'intimità). Queste strategie nelle RSA rappresentano modelli ambientali integrati che normalizzano la sessualità attraverso strumenti (SexAT), politiche (privacy, consenso), formazione del personale e progettazione di spazi fisici dedicati. La formazione degli operatori e politiche chiare sono determinanti. Il Framework RCN fornisce procedure per l'assessment di attività intime, definendo criteri su consenso, salvaguardia e comunicazione con le famiglie. Fondamentale è la valutazione della capacità di consenso, specie in caso di decadimento cognitivo, attraverso strumenti clinici strutturati (es. Assessment of Sexual Consent Capacity) che bilanciano protezione da abusi e rispetto del diritto all'intimità.

Sessualità e disabilità: la fragilità integrata come paradigma evolutivo

La disabilità rappresenta, per il professionista della salute mentale e educativa, uno dei luoghi più complessi in cui si intrecciano vulnerabilità, identità e desiderio. Lontano da una visione esclusivamente medico-deficitaria, la pro-

spettiva psicosessuologica ed evolutiva invita a considerare la persona con disabilità come soggetto di desiderio, capace di progettualità affettiva e sessuale. La sessualità non costituisce un “accessorio” dell’esperienza umana, ma uno spazio privilegiato di riconoscimento di sé, di relazione e di costruzione di significato. La sessualità, per ogni essere umano, è non solo un bisogno primario, come nutrirsi e respirare, ma anche un sistema motivazionale interpersonale.

In questa cornice, il limite corporeo e cognitivo non coincide con la negazione del piacere, bensì con una diversa modalità di viverlo e di rappresentarlo. La disabilità può essere letta come una forma di “fragilità stabilizzata”: una vulnerabilità che si integra nel Sé e nella quotidianità, senza annullare la possibilità di sviluppo, cambiamento e relazione. La disabilità si colloca prevalentemente nella fragilità stabilizzata.

La persona vive una vulnerabilità strutturale che, se adeguatamente sostenuta, può tradursi in consapevolezza di sé, capacità di chiedere aiuto e progettualità esistenziale. In questa prospettiva, la fragilità non è sinonimo di impotenza ma condizione che rende possibile la trasformazione. La letteratura contemporanea sottolinea come la vulnerabilità non debba essere letta solo in termini di mancanza, ma come struttura di possibilità. Mustanienmi-Laakso e colleghi (2023) mostrano come la condizione di fragilità possa aprire a forme specifiche di agency: la persona fragile o disabile non è mero oggetto di cura, bensì soggetto che interpreta, decide, negozia significati e relazioni. Sul piano sessuologico, ciò comporta il superamento delle narrazioni desessualizzanti o infantilizzanti. Studi sul rapporto tra disabilità e diritti sessuali evidenziano come la sessualità delle persone con disabilità sia spesso compressa da stereotipi culturali e istituzionali che la considerano impropria, pericolosa o incompatibile con l’immagine sociale della “persona fragile” (Addlakha, 2017).

Ne derivano pratiche di controllo, omissione educativa e iperprotezione che limitano l’autodeterminazione erotico-affettiva. Al contrario, quando la sessualità viene riconosciuta e sostenuta, essa diventa fattore di integrazione identitaria, autostima e benessere psico-affettivo. La fragilità integrata permette di vivere il limite come confine dinamico entro cui cercare forme personali di piacere, intimità e reciprocità.

Il concetto di sessualità sostenibile

Per descrivere questo equilibrio tra vulnerabilità e desiderio, il paradigma della “sessualità sostenibile” integra tre dimensioni interdipendenti (Veglia, 2015; Rovatti, 2016):

- *biologica*: riguarda il funzionamento corporeo, sensoriale e neurofisiologico, con le specifiche limitazioni e possibilità della singola persona;
- *psicologica*: comprende l'immagine corporea, la storia affettiva, gli schemi cognitivi, le emozioni e le rappresentazioni del desiderio;
- *contestuale*: include famiglia, istituzioni, cultura, norme giuridiche e morali che definiscono ciò che è considerato lecito, possibile o desiderabile.

La sessualità è sostenibile quando queste tre aree trovano un equilibrio realistico tra pulsione, significato e possibilità relazionale. Il limite non viene negato, ma riconosciuto come elemento che orienta le scelte e le forme dell'intimità. In questo senso, la persona con fragilità integrata va sostenuta nella ricerca di un equilibrio consapevole verso il desiderio negoziato con il corpo reale, con le proprie capacità comunicative e con il contesto, senza rinunciare al diritto al piacere e alla relazione.

Modelli di intervento: gestione e arricchimento

L'intervento psicosessuologico nel campo della disabilità si articola su due ambiti complementari: gestione dei comportamenti sessuali e arricchimento dell'esperienza erotico-affettiva. Gli interventi di gestione adottano principalmente strategie comportamentali e cognitive, mirate a prevenire, regolare e ristrutturare comportamenti inappropriati o fonte di rischio. Tecniche come il rinforzo differenziale, l'estinzione e l'ipercorrezione vengono utilizzate per ridurre condotte disfunzionali e favorire risposte più adeguate. Il modeling, il role playing e il rinforzo sociale aiutano a sviluppare abilità comunicative, competenze sociali e gestione dell'ansia nelle interazioni. Gli interventi di arricchimento, invece, considerano la sessualità come traiettoria evolutiva di crescita personale. L'obiettivo non è soltanto contenere il comportamento, ma ampliare le possibilità di consapevolezza, piacere e connessione. In questa prospettiva, la sessualità viene riconosciuta come linguaggio complesso di identità, relazione e significato. Tra le pratiche di arricchimento si trovano laboratori psico-corporei e sensoriali, tecniche di rilassamento e mindfulness, percorsi di educazione affettiva e sessuale sul consenso, sull'autonomia e sulla reciprocità, nonché attività di gruppo a valenza espressiva (musicoterapia, teatro sociale, danzamovimentoterapia). La letteratura scientifica sulla vita affettiva e sessuale delle persone con disabilità conferma che, quando la sessualità è accompagnata da interventi educativi strutturati, favorisce l'integrazione sociale, l'autostima e la qualità di vita (Whittle, 2018). Tali interventi non sono un'opzione, ma una necessità evo-

lutiva: sostengono la persona nel costruire una competenza erotico-affettiva in grado di integrare limite, desiderio e relazioni significative.

La costruzione di una sessualità sostenibile nella disabilità richiede il coinvolgimento attivo di famiglia e operatori. I genitori, spesso attraversati da preoccupazioni e paure, possono essere accompagnati in percorsi di empowerment che li aiutino a riconoscere i propri pregiudizi, a sviluppare un linguaggio più aperto e a sostenere l'autonomia affettiva dei figli. Analogamente, gli operatori sociosanitari necessitano di una formazione specifica sulla potenzialità espressiva del corpo, sulla comunicazione implicita e sulla gestione delle proprie risonanze emotive.

Sul piano etico, l'equilibrio tra tutela e autodeterminazione diventa cruciale. È necessario evitare sia la negazione della sessualità sia la sua spettacolarizzazione o strumentalizzazione. Il riferimento ai diritti umani e alla Convenzione ONU del 2007 sui diritti delle persone con disabilità supporta l'idea che la sessualità sia parte integrante della dignità e della cittadinanza, e non un privilegio concesso caso per caso.

Solo un lavoro congiunto tra famiglia, servizi, contesti educativi e politiche sociali può garantire che tutte le forme di fragilità – reattiva, evolutiva e integrata – trovino spazi di riconoscimento e di crescita. In tal modo, la disabilità cessa di essere letta come pura mancanza e si configura come una delle possibili traiettorie dell'esistenza umana, capace di restituire alla sessualità il suo valore di esperienza profondamente umana, relazionale e generativa.

Buone prassi per una sessualità accessibile

L'approccio alla sessualità nella disabilità si fonda su una presa in carico ecologica e sistemica, in linea con la Convenzione ONU sui Diritti delle Persone con Disabilità (2006). Modelli come l'approccio a cerchi concentrici integrano prospettive costruttiviste, narrative e dell'embodiment, articolandosi su tre livelli:

- *intervento con le famiglie*: cicli psicoeducativi per genitori, basati su parent training e regolazione emotiva, finalizzati a riformulare narrazioni sulla fragilità e sostenere l'autonomia affettivo-sessuale dei figli;
- *intervento con gli utenti*: percorsi esperienziali focalizzati su corporeità, sensorialità e consapevolezza emotiva, come laboratori di modellazione tattile (es. vulva/pene in plastilina) e circle time per la mentalizzazione. Esperienze pilota (es. UICI Perugia) evidenziano distorsioni rappresenta-

zionali, sottolineando la necessità di interventi continui sulla corporeità come prerequisito dello sviluppo sessuale;

- *follow-up annuale*: monitoraggio longitudinale di rappresentazioni corporee, esperienze relazionali e sostegno a famiglie/operatori, per garantire continuità educativa e consolidamento identitario.

Le buone prassi nel campo della disabilità includono progetti come quelli promossi da IRIFOR (campi estivi in Sicilia e Umbria), che rappresentano un esempio concreto di modello a tre livelli (“cerchi concentrici”) per l’educazione alla sessualità in giovani con disabilità visiva/motoria.

Questo approccio combina formazione di operatori/famiglie, percorsi esperienziali per utenti (laboratori corporei, modellazione tattile) e follow-up longitudinale, promuovendo autonomia e autodeterminazione. Parallelamente, la figura del lovegiver (o assistente sessuale) e gli spazi di autonomia (es. appartamenti di pre-dimissione in Unità Spinali, stanze dedicate in centri neuromotori) rappresentano risposte concrete al diritto all’espressione sessuo-affettiva. Il modello del lovegiver, promosso in Italia dall’Associazione OEAS, solleva il dibattito sul riconoscimento normativo dell’assistenza sessuale, come alternativa professionale e strutturata al ricorso informale e precario a sex workers.

Gli interventi strutturali in riabilitazione (Unità Spinali e Neuromotorie) creano spazi protetti di autonomia dove, con supporto psicosessuologico, si facilita la rinegoziazione dell’intimità di coppia e il riconoscimento del desiderio anche nella disabilità grave (Addlakha, 2017; Whittle *et al.*, 2018).

Salute sessuale nel paziente oncologico: stato dell’arte e criticità

La sessualità rappresenta una dimensione cruciale del benessere delle persone con cancro, influenzando qualità della vita, identità, autostima, senso di continuità del sé e relazioni di coppia. I dati epidemiologici evidenziano come la compromissione della funzione sessuale costituisca una conseguenza quasi universale nei pazienti oncologici. Le percentuali di disfunzione sessuale variano dal 40 al 100% nelle pazienti con tumori ginecologici, raggiungono il 60-90% nelle donne dopo trattamento per carcinoma mammario e oscillano tra il 40 e l’85% negli uomini, con punte del 79-88% dopo prostatectomia radicale nerve-sparing (Rizzuto *et al.*, 2021; Xu *et al.*, 2022; Mols *et al.*, 2009). Gli studi longitudinali dell’EORTC, appena citati, indicano che anche i survivor a lungo termine riportano livelli di salute sessuale significativamente inferiori ai controlli, suggerendo persistenza del proble-

ma. Nonostante la rilevanza clinica e l'unanime riconoscimento scientifico, la sessualità rimane tra le aree più trascurate nella pratica oncologica. Meno del 30% dei pazienti riferisce che un professionista sanitario abbia affrontato esplicitamente il tema durante cure e follow-up. Ciò che manca non è la conoscenza: la ricerca dimostra che la disfunzione è frequente, persistente e trattabile – ma la sua applicazione sistematica. La componente più trascurata riguarda il peso psicologico, identitario e relazionale della “sessualità oncologica”.

Vulnerabilità specifiche e popolazioni sottorappresentate

Molte lacune permangono riguardo a popolazioni specifiche. Nel gruppo AYA (Adolescents and Young Adults, 18-39 anni) la sessualità si intreccia a fertilità, identità e progettualità: la perdita del desiderio e la paura del rifiuto compromettono lo sviluppo relazionale, aumentando significativamente il rischio di isolamento e depressione. Le persone LGBTQIA+ hanno maggiori difficoltà a parlare di sessualità con i clinici, molti protocolli non sono inclusivi e i bisogni specifici – relativi a pratiche sessuali, ruoli, disforia di genere e terapie ormonali – spesso non vengono riconosciuti (Rodrigues *et al.*, 2023). I pazienti in fase avanzata o palliativa (70-75%) desiderano ancora intimità, sebbene molti cerchino connessione, contatto e affetto piuttosto che attività genitale. Altre popolazioni sottorappresentate includono pazienti con tumori ginecologici, coloretali, della testa e del collo, e chi vive in contesti socioculturali sfavorevoli. La malattia oncologica configura un'esperienza traumatica coinvolgendo dimensioni neurologiche, psicologiche ed esistenziali interconnesse.

Durante diagnosi e trattamento, il cervello sperimenta alterazioni nei neurotrasmettitori e fluttuazioni ormonali che influenzano equilibrio emotivo e regolazione affettiva. I processi psicologici individuali possono influenzare il decorso della malattia attraverso meccanismi che coinvolgono l'asse psico-neuro-endocrino-immunologico e il sistema nervoso autonomo. L'approccio cognitivo-comportamentale risulta particolarmente efficace nel trattamento del trauma oncologico, intervenendo sui pattern di pensiero disfunzionali che mantengono la sofferenza emotiva. La CBT permette di identificare e modificare le distorsioni cognitive relative alla malattia, al corpo e alla sessualità, insegnando strategie concrete per gestire ansia, depressione e paura di recidiva. L'integrazione con le terapie di terza onda – ACT, CFT e mindfulness – amplia l'efficacia aggiungendo accettazione psicologica, defusione cognitiva e compassione verso il sé corporeo modifi-

cato (Lambruschi, 2024). La sessualità nei pazienti oncologici si articola su molteplici livelli. A livello corporeo, malattia e trattamenti producono modificazioni anatomiche, funzionali e percettive che alterano l'esperienza del corpo vissuto. Mutilazioni chirurgiche, radioterapia e chemioterapia generano un corpo vulnerabile che richiede rielaborazione identitaria. L'approccio cognitivo-comportamentale aiuta a modificare i pensieri automatici negativi sull'immagine corporea attraverso ristrutturazione cognitiva ed esposizione graduale. Alcuni pazienti sperimentano, per i trattamenti ormonali, un senso di non appartenenza al proprio genere biologico. La funzione sessuale risulta compromessa con disfunzioni specifiche: le donne sperimentano problemi del desiderio, eccitazione, lubrificazione, dolore, alterazione dell'immagine corporea e perdita di intimità emotiva; gli uomini manifestano disfunzione erettile ed eiaculatoria, riduzione del desiderio e perdita del senso di mascolinità. La dimensione relazionale viene influenzata non solo nella possibilità di rapporti sessuali ma anche nella condivisione intima e nel riconoscimento corporeo.

Modello multifattoriale della disfunzione sessuale oncologica

I meccanismi sono complessi e interconnessi. Oltre ai fattori fisici iatrogeni – danni neurologici, vascolari, ormonali e tissutali – intervengono fattori psicologici quali depressione, ansia, paura di recidiva, vergogna e alterazione dell'immagine corporea. Il modello cognitivo-comportamentale identifica come centrali i processi di elaborazione cognitiva disfunzionale: pensieri catastrofici (*“Nessuno mi vorrà più”*), credenze rigide (*“Se non posso avere rapporti completi non sono più una persona sessuale”*), evitamenti comportamentali e cicli interpersonali negativi. I fattori relazionali includono difficoltà comunicative, cambiamento dei ruoli di coppia e ridefinizione dell'intimità. La terapia cognitivo-comportamentale di coppia facilita comunicazione assertiva ed empatica, permettendo rinegoziazione dell'intimità e nuove modalità di connessione. I fattori socioculturali comprendono tabù sulla sessualità in malattia e mancanza di linguaggio clinico inclusivo. Nel paziente oncologico, la sessualità mantiene valore essenziale come spazio di benessere e regolazione emotiva quando adeguatamente supportata attraverso interventi cognitivo-comportamentali evidence-based.

Valutazione clinica e interventi terapeutici evidence-based

Una valutazione accurata risulta fondamentale. Le linee guida ASCO (Andersen *et al.*, 2014) raccomandano almeno uno strumento validato alla diagnosi, durante le terapie e nel follow-up: EORTC SHQ-22, questionari specifici QLQ BR23/BR45 e QLQ-CR, FSFI e IIEF, combinati con scale di qualità della vita (Barbera *et al.*, 2017). L'obiettivo è far emergere la disfunzione prima che diventi sofferenza cronica. La concettualizzazione cognitivo-comportamentale del caso permette di identificare i fattori di mantenimento e pianificare interventi personalizzati. Gli interventi psico-sessuologici raccomandati si fondano sull'approccio cognitivo-comportamentale. La psicoeducazione strutturata fornisce informazioni sulla risposta sessuale, sugli effetti dei trattamenti e sulle strategie di adattamento.

La CBT costituisce il trattamento gold standard, operando su tre livelli: cognitivo (modificazione di pensieri disfunzionali), emotivo (regolazione di ansia e vergogna attraverso esposizione graduale), e comportamentale (ripresa dell'attività sessuale con homework strutturati e focus sensoriale). La mindfulness-based cognitive therapy si è dimostrata efficace nel ridurre il distress sessuale e aumentare il desiderio, operando attraverso consapevolezza corporea non giudicante (Thomas *et al.*, 2025; Thurston, 2023). L'ACT facilita l'accettazione delle modificazioni corporee e la defusione dai pensieri catastrofici. La CFT tratta vergogna corporea e autocritica severa, coltivando gentilezza verso il sé modificato. La terapia di coppia cognitivo-comportamentale si focalizza sulla comunicazione assertiva, rinegoziazione dell'intimità e costruzione di nuove modalità di connessione. Gli approcci somatici facilitano la riconnessione corporea attraverso grounding e respirazione. La body image therapy utilizza esposizione allo specchio e ristrutturazione cognitiva per elaborare le modificazioni fisiche. I modelli organizzativi efficaci includono ambulatori dedicati con professionisti formati in psicoterapia cognitivo-comportamentale, équipe multidisciplinari (oncologo, ginecologo/urologo, endocrinologo, psicoterapeuta, fisioterapista) con formazione obbligatoria in salute sessuale, psiconcologia e sessuologia clinica, e screening sistematici durante il follow-up (Rossi *et al.*, 2025).

Barriere alla comunicazione e all'implementazione

Numerose barriere ostacolano l'implementazione. Dal lato dei pazienti: vergogna, imbarazzo, timore di mettere a disagio il medico, convinzione che sia responsabilità del clinico sollevare l'argomento, percezione che i proble-

mi sessuali non siano “seri”, e paura di deludere il partner. L’approccio cognitivo-comportamentale identifica queste barriere come prodotto di credenze disfunzionali modificabili attraverso psicoeducazione e ristrutturazione cognitiva. Dal lato degli operatori: sensazione di inadeguatezza formativa, conoscenza limitata degli interventi, mancanza di tempo, assenza di privacy, preoccupazione di mettere a disagio i pazienti e difficoltà nell’affrontare tematiche LGBTQIA+ (Flynn *et al.*, 2012; Almont *et al.*, 2019). La formazione in tecniche cognitivo-comportamentali e nel modello SPIKES permette di superare queste barriere, fornendo strutture comunicative chiare. Le barriere sistemiche riguardano assenza di PDTA dedicati, mancanza di ambulatori specializzati, scarsa integrazione nei sistemi informativi e limitato riconoscimento istituzionale. Queste barriere riflettono una tendenza culturale a marginalizzare la salute sessuale in oncologia. Le popolazioni più vulnerabili – giovani adulti, persone LGBTQIA+ e pazienti in fase avanzata – sono quelle meno raggiunte.

Oncofertilità: integrazione tra identità, orientamento sessuale e organizzazione dei servizi

La preservazione della fertilità interseca identità di genere, orientamento sessuale e qualità dell’assistenza. Tre elementi sono fondamentali: qualità della consulenza medica e psicologica, attenzione all’identità di genere e orientamento sessuale, e fattori organizzativi. Solo il 44% delle pazienti riceve consulenza adeguata sull’oncofertilità (Almont *et al.*, 2019).

Il contesto sanitario non è sempre inclusivo, portando alcuni pazienti a nascondere le proprie caratteristiche o sentirsi a disagio. Sono necessari training sulla diversità, rispetto della privacy e consapevolezza dei pregiudizi. Una valutazione sistematica dell’identità di genere e orientamento sessuale, secondo la Medicina di Genere, permetterebbe di personalizzare gli interventi cognitivo-comportamentali e migliorare l’accessibilità ai servizi di preservazione della fertilità.

Interventi evidence-based e implementazione clinica in psiconcologia

La psiconcologia offre un modello multifattoriale d’intervento per un disagio psicologico che colpisce il 25-30% dei pazienti (spesso non adeguatamente trattato). Gli interventi evidence-based si rivolgono sia al paziente

che al sistema familiare/caregiver, affrontando il trauma complesso legato alla malattia.

Gli interventi integrano (Thomas *et al.*, 2025; Thurston, 2023):

- *Terapie cognitivo-comportamentali (CBT) e di terza onda*: per la regolazione emotiva, la ristrutturazione cognitiva e l'elaborazione del trauma (EMDR, Psicoterapia Sensomotrice).
- *Approcci basati sulla mindfulness (MBSR, MBCT) e ACT*: per la stabilizzazione dell'arousal, l'accettazione e l'azione valoriale.
- *Compassion Focused Therapy (CFT)*: per vergogna e autocritica.
- *Interventi familiari e di supporto al caregiver*: per gestione dello stress, comunicazione assertiva e prevenzione del burnout (il 40-70% dei caregiver presenta sintomi depressivi).

La comunicazione è centrale, strutturata su modelli evidence-based come SPIKES (Baile *et al.*, 2000), per la comunicazione di cattive notizie. La sua implementazione richiede agli operatori competenze di intelligenza emotiva e metacognitive, sviluppabili attraverso training che integrano tecniche di defusione, grounding e self-compassion, per prevenire burnout e mantenere una relazione terapeutica efficace.

In oncologia le buone prassi si concretizzano nell'implementazione di modelli organizzativi efficaci che includono ambulatori dedicati con professionisti formati in psicoterapia cognitivo-comportamentale, équipe multidisciplinari (oncologo, ginecologo/urologo, endocrinologo, psicoterapeuta, fisioterapista) con formazione obbligatoria in salute sessuale e psiconcologia, e screening sistematici durante il follow-up (Rossi *et al.*, 2025). Questi modelli rappresentano la traduzione operativa degli interventi evidence-based in setting clinici reali, affrontando anche le barriere alla comunicazione e implementazione che spesso marginalizzano la salute sessuale nella pratica oncologica.

Discussione

Il presente contributo ha delineato un quadro complesso e interconnesso della relazione tra fragilità e sessualità, evidenziando come questa dimensione esistenziale, spesso trascurata, sia in realtà uno spazio critico per la regolazione emotiva, la continuità identitaria e la qualità della vita in tre contesti di vulnerabilità: anzianità, disabilità e oncologia.

Un primo elemento trasversale emerso riguarda la necessità di un cam-

bio di paradigma culturale e clinico. La sessualità nelle condizioni di fragilità deve essere spogliata da stereotipi desessualizzanti, infantili o puramente medici, per essere riconosciuta come un diritto e un bisogno primario che perdura lungo tutto l'arco della vita, anche in presenza di limiti corporei e cognitivi. Il costrutto della "fragilità" stessa, riletto come processo evolutivo di riorganizzazione del sé (reattivo, evolutivo e integrato), fornisce una chiave interpretativa preziosa per superare visioni statiche di perdita, valorizzando invece il potenziale di trasformazione, agency e ridefinizione identitaria che la vulnerabilità può aprire.

Dal punto di vista degli interventi, la review conferma il ruolo centrale della psicoterapia cognitivo-comportamentale (CBT) e degli approcci di terza onda come cornici evidence-based di elezione. La CBT si dimostra flessibile ed efficace nell'affrontare le componenti cognitive (pensieri, credenze disfunzionali), emotive (ansia, vergogna, paura) e comportamentali (evitamento, ritiro) che caratterizzano il disagio sessuale in queste popolazioni. L'integrazione con mindfulness, ACT e CFT arricchisce il repertorio terapeutico, promuovendo accettazione, defusione cognitiva e autocompassione verso il sé modificato, dimensioni cruciali per l'elaborazione del trauma corporeo e identitario.

Tuttavia, l'efficacia degli interventi psicoterapeutici è strettamente mediata dal contesto ecologico. Come mostrato dalle esperienze discusse, il benessere sessuale non è solo una questione individuale, ma dipende da variabili sistemiche: la formazione e le attitudini degli operatori, le politiche istituzionali, la progettazione di spazi fisici che garantiscano privacy, il coinvolgimento attivo delle famiglie e il rispetto dei quadri normativi (es. Convenzione ONU sui Diritti delle Persone con Disabilità). La sessualità "sostenibile" è quindi un equilibrio dinamico tra desiderio individuale, limiti reali e possibilità offerte dall'ambiente.

Le esperienze presentate – dai percorsi a "cerchi concentrici" nella disabilità, alle strategie ambientali nelle RSA, agli interventi strutturali in riabilitazione – costituiscono buone prassi esemplificative che traducono i principi teorici in azioni concrete. Esse dimostrano che promuovere la salute sessuale in condizioni di fragilità è possibile, ma richiede un approccio integrato, multidisciplinare e sensibile ai diritti umani. Sono necessarie ulteriori ricerche empiriche, in particolare studi longitudinali e RCT specifici per le popolazioni più vulnerabili (es. pazienti oncologici LGBTQIA+, persone con disabilità intellettiva grave), per valutare l'efficacia a lungo termine degli interventi descritti.

A livello clinico-organizzativo, rimane urgente sviluppare e implementare percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali (PDTA) dedicati alla sa-

lute sessuale, formare in modo obbligatorio gli operatori sanitari e superare le barriere culturali che ancora marginalizzano questo tema fondamentale del benessere globale. In conclusione, integrare una prospettiva sessuologica sensibile e competente nella cura delle persone fragili significa riconoscere e sostenere un linguaggio vitale di connessione, identità e umanità, anche – e soprattutto – quando il corpo e la vita chiedono di essere riappresi attraverso il filtro della vulnerabilità.

Bibliografia

- Addlakha R. (2017). Disability and sexuality: Claiming sexual and reproductive rights. *Disability & Society*, 32(9): 1469-1489. DOI: 10.1080/09687599.2017.1351504.
- Almont T., Bouhnik A.D., Ben Charif A., Bendiane M.K., Berquet C., Cleirec G., Mancini J. & Villes V. (2019). Sexual health in cancer: Survey on practices, attitudes, knowledge, and communication in oncology healthcare providers. *Supportive Care in Cancer*, 27(11): 4063-4072. DOI: 10.1007/s00520-019-04684-6.
- Andersen B.L., DeRubeis R.J., Berman B.S., Gruman J., Champion V.L., Massie M.J., Holland J.C., Partridge A.H., Bak K., Somerfield M.R. & Rowland J.H. (2014). Screening, assessment, and care of anxiety and depressive symptoms in adults with cancer: An American Society of Clinical Oncology guideline adaptation. *Journal of Clinical Oncology*, 32(15): 1605-1619. DOI: 10.1200/JCO.2013.52.461.
- Baile W.F., Buckman R., Lenzi R., Glober G., Beale E.A. & Kudelka A.P. (2000). SPIKES – A six-step protocol for delivering bad news: Application to the patient with cancer. *The Oncologist*, 5(4): 302-311. DOI: 10.1634/theoncologist.5-4-302.
- Barbera L., Zwaal C., Elterman D., McPherson K., Wolfman W., Katz A. & Fitch M. (2017). Interventions to address sexual problems in people with cancer: American Society of Clinical Oncology clinical practice guideline adaptation of Cancer Care Ontario guideline. *Journal of Clinical Oncology*, 35(23): 2627-2637. DOI: 10.1200/JCO.2017.72.5961.
- Bauer M., Fetherstonhaugh D., Tarzia L., Nay R. & Beattie E. (2014). Supporting residents' expression of sexuality: The initial construction of a sexuality assessment tool for residential aged care facilities. *BMC Geriatrics*, 14: 82. DOI: 10.1186/1471-2318-14-82.
- Bornstein M.H. (2003). Parenting e sviluppo infantile: considerazioni interculturali e interculturali. In: Poderico C., Venturi P. & Marcone R. (a cura di), *Diverse culture, bambini diversi? Modalità di parenting e studi cross-culturali a confronto* (pp. 31-50), traduzione di S. de Falco. Milano: Unicopli.
- Cavallo F. (2025). *Manuale di sessuologia clinica*. Milano: FrancoAngeli.
- Lambruschi F. (2024). *Psicoterapia cognitiva: L'orientamento costruttivista ed evolutivo*. Roma: Carocci.
- Martino et al. (2025). Narrative review of frailty. *Journal of Clinical Medicine*, 13(3): 721. DOI: 10.3390/jcm13030721.
- Mols F., Korfage I.J., Vingerhoets A.J.J.M., Kil P.J.M., Coebergh J.W.W., Essink Bot M.L. & van de Poll-Franse L.V. (2009). Bowel, urinary, and sexual problems among long-term prostate cancer survivors: A population-based study. *International Journal of Radiation Oncology Biology Physics*, 73(1): 30-38. DOI: 10.1016/j.ijrobp.2008.04.004.

- Mustaniemi-Laakso M., Peroni L. & Venkatapuram S. (2023). Vulnerability, disability, and agency: Exploring structures and possibilities for agency in the disability and vulnerability literature. *Law and Philosophy*, 42: 631-650. DOI: 10.1007/s10982-023-09490-2.
- Rizzuto I., Stavra C., Chatterjee J., Borsi J., Mondani A., Bhogal R., Flood T., Froghi S. & Banerjee S. (2021). Ovarian cancer symptoms and quality of life: A review of the literature. *Critical Reviews in Oncology/Hematology*, 162: Article 103354. DOI: 10.1016/j.critrevonc.2021.103354.
- Rodrigues T.S., Pereira J.D.S., Lopes A.C.S., Oliveira C.S.D., Pereira L.S.D., Neves S.B.D. & Fernandes A.F.C. (2023). Approaching sexuality in LGBTQIAP+ patients with cancer: A scoping review. *BMC Public Health*, 23(1): Article 1910. DOI: 10.1186/s12889-023-16728-y.
- Rossi A., Bianciardi F., Damiani G., Daniele A., De Padova S., Irtelli L., Lorusso D., Mennitto A. & Sgambato A. (2025). Sexual health in cancer care: A narrative review and position statement from the Italian Association of Medical Oncology (AIOM). *ESMO Open*, 10(1): Article 103862. DOI: 10.1016/j.esmoop.2025.103862.
- Rovatti F. (2016). *Sessualità e disabilità intellettuale. Guida per caregiver, educatori e genitori*. Trento: Erickson.
- Royal College of Nursing (2022). Older people in care homes: Sex, sexuality and intimate relationships (Revised edition). RCN. www.rcn.org.uk/Professional Development/publications/older-people-in-care-homes-uk-pub-010-111.
- Sciacchitano S., Carola V., Nicolais G., Sciacchitano S., Napoli C., Mancini R., Rocco M. & Coluzzi F. (2024). To be frail or not to be frail: This is the question – A critical narrative review of frailty. *Journal of Clinical Medicine*, 13(3): 721. DOI: 10.3390/jcm13030721.
- Thomas H.N., Brotto L.A., de Abril Cameron F. & Yabes J. (2025). Qualitative findings from a pilot trial of mindfulness for low sexual desire in midlife and older women. *Archives of Sexual Behavior*, 54(1): 301-313. DOI: 10.1007/s10508-024-02975-6.
- Thurston R.C., Chu J., Chang J.C., Zhu X., Leung R. & Bromberger J.T. (2023). A virtual, group-based mindfulness intervention for midlife and older women with low libido lowers sexual distress in a randomized controlled pilot study. *The Journal of Sexual Medicine*, 20(8): 1060-1068. DOI: 10.1093/jsxmed/qdad082.
- United Nations (2006). *Convention on the rights of persons with disabilities*. www.un.org/development/desa/disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities.html.
- Veglia F. (2005). *Manuale di educazione sessuale*, vol. 2: *Interventi e percorsi secondo il metodo narrativo*. Trento: Erickson.
- von Humboldt S., Low G. & Leal I. (2024). Sexual well-being in old age: Effectiveness of an intervention program to promote sexual well-being in older community-dwelling adults. *Social Sciences*, 13(12): Article 650. DOI: 10.3390/socsci13120650.
- Whittle C., Butler C. & Williamson G.R. (2018). Sexuality in the lives of people with intellectual disabilities: A meta-ethnographic synthesis of qualitative studies. *Research in Developmental Disabilities*, 80: 52-64. DOI: 10.1016/j.ridd.2018.06.009.
- Xu Y., Chen Y., Wang Y., Han Y. & Zhuang G. (2022). Sexual dysfunction after breast cancer: A meta-analysis and systematic review. *Supportive Care in Cancer*, 30(4): 3883- 3894. DOI: 10.1007/s00520-021-06753-1.

LGBTQIA+ e intersezionalità: inclusività in terapia*



Federico Dibennardo*, Gabriele Einaudi**, Sarah Finzi***,
Camilla Corradelli****

Ricevuto il 28 febbraio 2026, accettato il 26 maggio 2026

Sommario

Una terapia cognitivo-comportamentale sensibile alle trasformazioni sociali contemporanee è oggi chiamata a interrogarsi su come accogliere in modo più accurato l'esperienza che le persone LGBTQIA+ portano all'interno della stanza di terapia. Il presente lavoro illustra come l'integrazione di questi temi possa essere intesa come un affinamento delle tecniche terapeutiche, utile a comprendere meglio il contesto in cui il modo specifico delle persone di vedere e sentire il mondo si costruisce e si rinforza. Attraverso i modelli del minority stress e dell'intersezionalità, vengono esplorati i meccanismi mediante i quali l'ambiente sociale si inserisce nella struttura cognitiva ed emotiva del paziente. Particolare attenzione viene posta all'integrazione della prospettiva post-razionalista di Guidano (Guidano, 1991) e

*Nel presente contributo viene utilizzato occasionalmente il simbolo “ə”, laddove necessario, come forma ormai presente nel lessico italiano contemporaneo per evitare il ricorso al maschile sovraesteso. Tale scelta è circoscritta a questa specifica sottosezione, poiché coerente con il tema trattato e con la postura clinica intersezionale richiamata nel testo.

** Psicologo, Psicoterapeuta, Università di Parma, Dipartimento di Medicina e Chirurgia, Via Lata 17 – 00049 Velletri; e-mail: info@federicodibennardo.it.

*** Psicologo, Psicoterapeuta, Sessuologo clinico, Dipartimento di Psicologia, Università degli Studi di Torino, 10124 Torino; Centro Clinico Crocetta, Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Cognitiva, Corso Galileo Ferraris 110 – 10129 Torino; e-mail: g.einaudi@unito.it.

**** Dottorə di ricerca, Psicologa, Psicoterapeuta; Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Cognitiva Centro Clinico Crocetta, Corso Galileo Ferraris 110 – 10129 Torino; e-mail: sarah.n.finzi@gmail.com.

***** Psicologa, Psicoterapeuta, Centro Giovani Adolescenti – Dipartimento di Salute Mentale ASST Lariana, via Ferrari 9 – 22100 Como; e-mail: psy.corradellcamilla@gmail.com.

Quaderni di Psicoterapia Cognitiva (ISSNe 2281-6046), n. 57/2025
DOI: 10.3280/qpc57-2025oa23133

della teoria dei sistemi motivazionali di Liotti (Liotti, 2004), mostrando come le esperienze di discriminazione si intreccino con i pattern di attaccamento e le organizzazioni di significato personale. Il lavoro sottolinea l'importanza di un posizionamento etico chiaro dello terapeuta e di un equilibrio tra validazione dell'esperienza discriminatoria e promozione dell'agency dello paziente.

Parole chiave: minority stress, intersezionalità, CBT, organizzazioni di significato personale, sistemi motivazionali, attaccamento.

LGBTQIA+ and Intersectionality: Inclusivity in Therapy

Abstract

A cognitive-behavioral therapy that is sensitive to contemporary social transformations is called today to reflect on how to more accurately welcome the experience that LGBTQIA+ individuals bring into the therapy room. The present work illustrates how the integration of these themes may be understood as a refinement of therapeutic techniques, useful for better understanding the context in which people's specific ways of seeing and feeling the world are constructed and reinforced. Through the minority stress and intersectionality models, the mechanisms by which the social environment becomes embedded in the patient's cognitive and emotional structure are explored. Particular attention is given to integrating Guidano's post-rationalist perspective (Guidano, 1991) and Liotti's theory of motivational systems (Liotti, 2004), showing how experiences of discrimination become intertwined with attachment patterns and personal meaning organizations. The work underscores the importance of a clear ethical positioning on the part of the therapist and of a balance between the validation of discriminatory experiences and the promoting of patient agency.

Key words: minority stress, intersectionality, CBT, personal meaning organizations, motivational systems, attachment.

Cornice teorica: Minority Stress e Intersezionalità

Una terapia cognitivo-comportamentale sensibile alle trasformazioni sociali contemporanee è oggi chiamata a interrogarsi su come accogliere in modo più accurato l'esperienza che le persone LGBTQIA+ portano all'interno della stanza di terapia, e non solo. Tale obiettivo non dovrebbe necessariamente comportare una revisione dell'impianto teorico né una perdita di rigore metodologico. In questa cornice, l'integrazione di questi temi può essere intesa come un affinamento delle tecniche terapeutiche, utile a comprendere meglio il contesto in cui il modo specifico delle persone di vedere e sentire il mondo si costruisce e si rinforza. In questa prospettiva, il modello del minority stress ha fornito un contributo centrale, mostrando come una

parte della sofferenza psicologica nelle popolazioni LGBTQIA+ sia associata all'esposizione cronica e ripetuta a stigma, discriminazione e microaggressioni. Questo paradigma ha messo in evidenza come la sofferenza della popolazione queer non sia attribuibile a vulnerabilità intrapsichiche specifiche, ma a un contesto collettivo in cui queste persone crescono (Meyer, 2003). Tale modello consente di collocare il disagio psicologico all'interno di un'interazione continua tra individuo e contesto sociale, evitando letture esclusivamente individualizzanti della sofferenza.

Il framework del minority stress distingue con precisione tra due livelli di esposizione allo stigma. Gli stressor distali rappresentano eventi oggettivi e osservabili: episodi di discriminazione manifesta, violenza fisica o verbale, microaggressioni quotidiane, rifiuto sociale esplicito, esclusione da contesti istituzionali o negazione di diritti. Questi eventi hanno una caratteristica importante: sono verificabili, documentabili e riconoscibili anche da osservatori esterni.

Gli stressor prossimali, invece, riguardano i processi psicologici interiorizzati che derivano dall'anticipazione e dall'elaborazione continua degli stressor distali. L'omotransfobia interiorizzata rappresenta l'incorporazione degli stessi messaggi stigmatizzanti presenti nella società: la paziente arriva a credere, parzialmente o totalmente, che la propria identità sia effettivamente sbagliata, innaturale o inferiore a quella di una persona la cui identità di genere o orientamento sessuale sia aderente alle aspettative sociali. Talvolta tali stressor si configurano in un'ipervigilanza costante: una scansione continua dell'ambiente circostante alla ricerca di segnali di potenziale ostilità, aggressione o disapprovazione come il timore di essere aggrediti per strada o la reticenza esprimere affetto verso i propri partner per timore di suscitare risentimento e disgusto nelle persone circostanti.

Il *concealment* (occultamento strategico dell'identità) richiede un monitoraggio attento di cosa dire, a chi, in quali contesti, generando un carico cognitivo significativo. Le aspettative di rifiuto diventano automatiche e generalizzate, influenzando anche l'approccio a relazioni potenzialmente sicure (Meyer, 1995; 2003).

Questa distinzione risulta clinicamente fondamentale poiché consente di individuare con maggiore precisione i meccanismi attraverso cui l'ambiente sociale si inserisce nella struttura cognitiva ed emotiva della paziente influenzandola costantemente. Le credenze disfunzionali che emergono in questo contesto non sono esclusivamente il prodotto di distorsioni cognitive individuali, ma rappresentano forme di adattamento, talvolta contestuali e salvifiche, ad ambienti oggettivamente ostili.

All'interno di questo quadro si colloca il concetto di intersezionalità, inte-

so come cornice concettuale utile per leggere la complessità delle esperienze soggettive. Coniato dalla giurista e teorica critica Kimberlé Crenshaw (1989) nell'ambito degli studi di razza e genere, il termine intersezionalità descrive il modo in cui diverse dimensioni identitarie e sociali – come genere, orientamento sessuale, identità di genere, etnia, classe sociale, disabilità, status socioeconomico, età – non operano in modo isolato, ma si intersecano producendo esperienze qualitative uniche (Funer, 2023). Per comprendere più a fondo questo concetto, può essere utile considerare come l'intersezionalità metta in discussione il modo in cui tradizionalmente pensiamo all'identità e all'oppressione. Spesso tendiamo a concettualizzare le persone come appartenenti a categorie separate e discrete: “donna”, “nera”, “lesbica”, “di classe economicamente svantaggiata”. Da sole, queste categorie corrispondono ad assi di discriminazione sistemica che impattano nella vita della persona e che è necessario considerare. Tuttavia, racchiudere in sé più categorie di marginalizzazione comporta un aggravamento dello stato discriminatorio, e non solo: le diverse dimensioni si intersecano e interagiscono in modi che producono esperienze uniche e differenti. Una donna nera lesbica non sperimenta “sessismo + razzismo + omotransfobia” come categorie separate e sommabili, ma una configurazione specifica che emerge dall'intersezione di queste dimensioni nel suo personale contesto di vita e che non può essere ridotta alla somma delle sue parti.

Ciò che emerge da questa analisi è che l'esperienza della persona non può essere compresa semplicemente analizzando “il sessismo”, “il razzismo” e “l'omotransfobia” come fenomeni separati. Ciascuna di queste dimensioni assume significati diversi, si manifesta in modi diversi, e produce effetti diversi a seconda di come interagisce con le altre dimensioni identitarie e con il contesto specifico. Il sessismo che una donna nera lesbica sperimenta è qualitativamente diverso dal sessismo che sperimenta una donna bianca eterosessuale, proprio perché si intreccia con razzismo e omotransfobia in modi che trasformano la natura stessa dell'esperienza. Un altro aspetto fondamentale dell'intersezionalità riguarda il concetto di “salienza contestuale” delle identità (Funer, 2023). Non tutte le dimensioni identitarie hanno lo stesso peso o la stessa rilevanza in ogni momento o contesto della vita della paziente. In alcuni momenti, determinate dimensioni diventano più salienti – più visibili, più rilevanti, più cariche di significato –, mentre altre possono temporaneamente passare in secondo piano. Una persona gay nera potrebbe sperimentare prevalentemente la propria identità razziale come saliente in un contesto di persone prevalentemente bianche, mentre la sua identità sessuale potrebbe diventare più saliente in un contesto familiare dove sente la pressione di aderire a un modello familiare che non riesce perseguire.

Questa comprensione della salienza contestuale ha implicazioni cliniche significative. La terapeutà non può dare per scontato quali dimensioni identitarie siano più rilevanti o dolorose per la paziente in un dato momento, ma dovrebbe piuttosto esplorare con curiosità e apertura come la paziente stesso esperisce e attribuisce significato alle diverse dimensioni della sua identità nei vari contesti di vita. Due persone con configurazioni identitarie apparentemente simili potrebbero avere esperienze radicalmente diverse a seconda di quali dimensioni risultano più salienti nei loro specifici contesti relazionali, geografici, culturali ed economici.

La contestualità riguarda anche il Paese nel quale la persona vive rispetto al grado in cui le istituzioni siano apertamente o velatamente ostili nei confronti di tale specifica minoranza. In Italia, ad esempio, una persona gay gode di meno diritti familiari rispetto a una persona gay nei Paesi Bassi, dove sono riconosciuti matrimonio egualitario e adozione. Al contrario, in Italia gode di maggiore accettazione sociale e riconoscimento giuridico rispetto ad altri Paesi in cui affermare la propria identità gay può essere addirittura illegale.

Quando tali dimensioni si collocano all'interno di contesti discriminanti o escludenti, possono contribuire alla costruzione e al mantenimento di credenze disfunzionali su di sé, sul mondo e sulle relazioni. Queste credenze risultano spesso rinforzate da esperienze ripetute di invalidazione e marginalizzazione, e non esclusivamente da distorsioni cognitive idiosincratiche (Weiss *et al.*, 2024). Per la terapeutà cognitivo-comportamentale, ciò non implica una rinuncia al lavoro cognitivo, ma offre la possibilità di esaminare in modo più approfondito l'origine e la funzione di tali credenze, distinguendo tra schemi personali e valutazioni negative che trovano un riscontro concreto nei contesti di vita.

La neutralità del setting: posizionamento etico e costruzione della sicurezza

Una delle questioni più delicate nella pratica clinica con persone appartenenti a minoranze riguarda il tema della neutralità terapeutica. Tradizionalmente, la psicoterapia cognitivo-comportamentale ha valorizzato una postura di equidistanza e astensione da giudizi di valore, considerando tale posizione come garante dell'obiettività clinica e della libertà del paziente. Questa impostazione ha radici profonde nella storia della disciplina e riflette un'aspirazione comprensibile: creare uno spazio in cui la paziente possa esplorare liberamente la propria esperienza, senza sentirsi giudicato o indi-

rizzato verso soluzioni predeterminate da chi conduce la terapia. Tuttavia, in un contesto sociale strutturalmente eteronormativo e cisnormativo, una posizione apparentemente neutrale rischia di configurarsi, involontariamente, come una forma implicita di complicità con lo status quo discriminatorio. Vale la pena soffermarsi su cosa significhino concretamente questi termini, poiché operano spesso in modo sottile e invisibile.

L'eteronormatività rappresenta il sistema culturale che assume l'eterosessualità come orientamento "naturale" e "predefinito", relegando tutte le altre forme di sessualità a deviazioni da questa norma. Tale impostazione culturale si manifesta in assunti quotidiani apparentemente innocui che pervadono le interazioni sociali: dare per scontato che una donna abbia un fidanzato o un marito, che un uomo, se è in una relazione con una donna, sia eterosessuale quando magari è bisessuale, oppure assumere che una coppia omosessuale abbia automaticamente accesso agli stessi ambiti della vita sociale, familiare, istituzionale e sanitaria di una coppia eterosessuale. In ambito clinico, l'eteronormatività può manifestarsi in modi ancora più sottili: nell'uso di moduli anamnestici che indagano lo "stato civile" offrendo solo opzioni eterosessuali, nel porre domande sulla "vita sentimentale" dando per scontato il genere del partner, nel non considerare le specificità delle dinamiche relazionali tra persone dello stesso sesso, o nell'applicare acriticamente modelli teorici sviluppati su popolazioni eterosessuali senza interrogarsi sulla loro validità per le persone LGBTQIA+. La cisnormatività opera analogamente rispetto all'identità di genere, assumendo che tutte le persone siano cisgender (ovvero che la loro identità di genere corrisponda a quella assegnata alla nascita sulla base delle caratteristiche sessuali) e che questa corrispondenza sia lineare e desiderabile. Si manifesta nel dare per scontato che il corpo di una persona determini automaticamente la sua identità di genere, adottando un approccio essenzialista, nel considerare le persone transgender come "in transizione" verso uno stato finale fisso (ignorando che molte persone trans non desiderano o non possono accedere a forme affermative mediche, o che l'identità di genere può essere fluida), o nel focalizzarsi eccessivamente sugli aspetti medici di un'affermazione forzatamente binaria, ignorando le dimensioni sociali, relazionali ed esistenziali dell'esperienza trans.

In questa dinamica, risulta pertanto necessario considerare come il contesto istituzionale in cui un/una terapeuta lavora risulti saliente anche per definire ciò che un/una paziente possa ritenere accettabile o meno. Inoltre, le lotte all'interno del contesto psichiatrico per la depatologizzazione dell'omosessualità, i profondi conflitti intercorsi con la comunità trans, e l'aperta e problematica presa di posizione di molte figure di spicco della psichiatria,

mettono la terapeutà in una posizione che non può di fatto essere istituzionalmente neutrale.

Quando la terapeutà mantiene una posizione di presunta neutralità senza interrogare attivamente queste assunzioni implicite, il silenzio rischia di essere interpretato dalla persona in terapia come validazione tacita del sistema discriminante, o quantomeno come indifferenza rispetto alla propria esperienza di marginalizzazione. Questa dinamica è particolarmente insidiosa perché opera in modo sottile: non si tratta di episodi manifesti di discriminazione che la paziente potrebbe riconoscere e nominare, ma di un'assenza di riconoscimento che può rinforzare l'isolamento e l'invisibilità già sperimentati in altri contesti di vita (Shali, 2024). Inoltre, è opportuno considerare come le persone LGBTQIA+ siano spesso estremamente abili nel rilevare questi segnali sottili di disapprovazione – una sensibilità sviluppata attraverso anni di navigazione in contesti potenzialmente ostili e frutto del minority stress – e come l'assenza di un posizionamento chiaro possa generare uno stato di ipervigilanza continua anche all'interno dello spazio terapeutico, compromettendo la possibilità di uno sviluppo relazionale sicuro e cooperativo.

Per questo motivo, un approccio clinicamente responsabile suggerisce alla terapeutà di assumere un posizionamento etico chiaro. La discriminazione basata su orientamento sessuale, identità di genere, etnia, classe sociale o altre dimensioni identitarie non dovrebbe essere trattata come una questione opinabile su cui mantenere un'equidistanza intellettuale, ma riconosciuta come una violazione dei diritti umani fondamentali che contribuisce direttamente alla sofferenza psicologica della paziente. Dichiarare apertamente questo posizionamento può costituire un atto terapeutico in sé, poiché costruisce uno spazio di sicurezza psicologica in cui si può esplorare la propria esperienza senza timore di giudizio o invalidazione. È importante sottolineare che tale posizionamento non implica un'adesione acritica a qualsiasi narrazione della paziente, né una rinuncia al rigore metodologico della CBT. Al contrario, esso può consentire di lavorare con maggiore finezza clinica, poiché la terapeutà può validare l'esperienza di discriminazione, mentre contemporaneamente sostiene la paziente nell'esplorazione di strategie di coping più funzionali e nell'incremento della propria agency. Non si tratta pertanto di dichiarare di collocarsi ideologicamente dalla parte della paziente, quanto di garantire che la propria posizione non venga interpretata erroneamente come ostile alla luce di esperienze pregresse o pregiudizi. La chiarezza del posizionamento etico, paradossalmente, libera spazio per un'esplorazione più complessa e sfumata dell'esperienza della paziente, evitando che quest'ultima debba investire energia nel testare costantemente il grado di sicurezza del setting.

Rapporto tra validazione e agency: la costruzione di una relazione cooperativa

Il nucleo dell'intervento CBT con approccio intersezionale risiede nella capacità della terapeutà di oscillare in modo consapevole e metodologicamente orientato tra due polarità complementari: la validazione dell'esperienza di sofferenza e la promozione dell'agency personale. Questo movimento rappresenta un processo ciclico e iterativo che accompagna l'intero percorso terapeutico.

La validazione rappresenta il primo movimento terapeutico indispensabile. Essa consiste nel riconoscimento esplicito che le esperienze di discriminazione, microaggressioni e marginalizzazione subite dalla persona sono reali e oggettive, e che la sofferenza che ne deriva è una risposta comprensibile e legittima a un contesto ostile. Questa validazione dovrebbe estendersi anche alle strategie di coping adottate dalla persona. Comportamenti che potrebbero essere superficialmente interpretati come evitamento patologico potrebbero invece rappresentare atteggiamenti che ancora oggi mantengono una funzione protettiva razionale in determinati contesti.

Tuttavia, la validazione da sola non è sufficiente. Se la terapeutà si limitasse a validare l'esperienza di sofferenza senza promuovere alcuna forma di perturbazione esplorativa o cambiamento, rischierebbe di colludere con una narrazione di impotenza appresa. È qui che interviene il secondo polo dell'oscillazione: la promozione dell'agency, intesa come capacità della persona di riconoscere i margini di azione disponibili all'interno dei vincoli contestuali, di sperimentare gradualmente comportamenti più congruenti con i propri valori e di sviluppare competenze di coping più flessibili.

Il movimento verso l'agency dovrebbe essere calibrato con estrema attenzione. La terapeutà dovrebbe evitare di minimizzare i rischi reali che la persona corre in ambienti effettivamente discriminanti. Una donna lesbica in un contesto lavorativo apertamente omofobo, un uomo trans in una famiglia profondamente transfobica o una persona queer appartenente a una minoranza etnica in una comunità culturalmente conservatrice, si trovano ad affrontare vincoli concreti che limitano le loro possibilità di azione. Ignorare questi vincoli costituirebbe una forma di negligenza clinica.

Il coming out, per esempio, non dovrebbe essere considerato un obiettivo terapeutico universale in quanto forma massima di accettazione e di condivisione sincera e flessibile del proprio sé con le persone. Il coming out consente anche di sradicare le forme di occultamento strategico che gravano sulla pressione psicologica e relazionale delle persone queer nei contesti di vita e affettivi. Tuttavia, per alcune persone può rappresentare un passo liberatorio

fondamentale, mentre per altre può essere una scelta strategicamente posticipata in attesa di maggiore autonomia economica, stabilità abitativa o sicurezza fisica. Il rispetto dell'autonomia della paziente richiede di non interpretare la prudenza come semplice "resistenza" terapeutica al cambiamento. L'oscillazione tra validazione e agency si configura come un processo a spirale. La terapeutica può inizialmente validare in modo profondo la scelta della persona di mantenere riservata la propria vita affettiva in un contesto lavorativo ostile, riconoscendo i costi emotivi ma anche la razionalità protettiva di tale scelta. Successivamente, la terapeutica può invitare la paziente a esplorare con curiosità le conseguenze di questa strategia: quali sentimenti emergono? Quali opportunità relazionali vengono perse? Quali energie cognitive vengono assorbite? A partire da questa esplorazione, la terapeutica può gradualmente ampliare lo sguardo verso possibilità alternative, favorendo una progressiva riduzione della reattività a tali contesti, ma sempre rispettando i tempi e i vincoli della paziente. Esistono contesti o relazioni in cui potrebbe essere sperimentata una maggiore autenticità? Quali risorse sarebbero necessarie? Cosa potrebbe rappresentare un primo passo piccolo, sicuro e reversibile? Dopo ogni esperimento comportamentale, sarebbe importante tornare alla validazione, riconoscendo il coraggio richiesto e accogliendo l'esperienza emotiva che ne deriva, indipendentemente dall'esito.

Attaccamento e Sistemi motivazionali nel Minority Stress

Nella formulazione del caso CBT, i Modelli Operativi Interni derivanti dalle esperienze di attaccamento precoce rappresentano un elemento fondamentale. Come teorizzato da Bowlby e successivamente sviluppato da Guidano e Liotti (1983), questi modelli forniscono le strutture cognitive ed emotive attraverso cui l'individuo organizza l'esperienza, interpreta le relazioni, regola i sistemi motivazionali e le emozioni e costruisce il senso di sé. Tuttavia, per le persone appartenenti a minoranze sessuali e di genere, è fondamentale riconoscere che le esperienze di minority stress non si limitano a interagire con pattern di attaccamento preesistenti, ma possono esse stesse contribuire in modo significativo alla loro configurazione. L'attaccamento rimane la base strutturale, ma le esperienze di discriminazione diretta e indiretta lungo l'intero arco di vita aggiungono strati di complessità che richiedono un'attenzione clinica specifica.

Una persona con uno stile d'attaccamento insicuro ansioso, ad esempio, a seguito di esperienze di minority stress potrebbe intensificare la ricerca proattiva della figura di riferimento che è stata potenzialmente rifiutante, genera-

do pattern di ipervigilanza relazionale e tentativi ripetuti di riavvicinamento, anche in presenza di segnali di disapprovazione o ostilità. La persona potrebbe sviluppare strategie di occultamento strategico della propria identità proprio per mantenere la vicinanza con figure significative, sacrificando l'autenticità in favore della prossimità relazionale. Nel funzionamento evitante, le esperienze di discriminazione potrebbero rinforzare i temi di solitudine e l'autoaccudimento compulsivo come conferma di sentimenti di inamabilità. L'indisponibilità emotiva delle figure genitoriali potrebbe essere percepita non solo come una caratteristica generale del loro stile relazionale, ma come specificamente legata all'identità sessuale o di genere emergente. Questa percezione può derivare sia da forme dirette di rifiuto sia da segnali indiretti: dalle rilevazioni cliniche, osserviamo persone che riportano genitori imbarazzati e distaccati rispetto a modalità espressive ritenute incongrue per il genere. Si rilevano anche storie di sviluppo con esperienze di distacco indiretto: genitori che evitano sistematicamente commenti sull'affettività non eterosessuale oppure che mostrano reazioni di imbarazzo o disapprovazione di fronte a manifestazioni di affetto tra persone dello stesso sesso. Anche in assenza di un rifiuto esplicito nelle prime fasi di vita, questi elementi possono rinforzare profondamente i temi di solitudine e autosufficienza già presenti nella storia di attaccamento, amplificandone il significato e la pervasività.

Considerare i Sistemi Motivazionali Interpersonali (Liotti, 2005; Liotti & Monticelli, 2008) offre una chiave di lettura particolarmente utile per comprendere queste dinamiche complesse. È possibile osservare, ad esempio, come una persona transgender che ha sperimentato bullismo prolungato durante l'adolescenza – quando la sua espressione di genere non conforme ai canoni tradizionali la rendeva bersaglio di derisione, aggressioni verbali e isolamento sociale – possa aver sviluppato un'iperattivazione del sistema agonistico di rango come forma di tutela. Questa persona potrebbe presentarsi in terapia con un atteggiamento ipervigilante, interpretando domande esplorative del terapeuta come potenziali sfide alla validità della sua identità di genere, rispondendo con difensività o contro-argomentazioni immediate. La postura corporea potrebbe essere rigida e controllata, lo sguardo diretto e scrutatore, alla ricerca di qualsiasi segnale di invalidazione o messa in discussione, rendendo la costruzione dell'alleanza terapeutica complessa e meritevole di attenzione specifica. Nelle relazioni quotidiane, questa persona potrebbe anticipare costantemente situazioni conflittuali: prepararsi mentalmente a dover difendere la legittimità della propria identità, evitare spazi pubblici come bagni o spogliatoi dove potrebbe sentirsi esposta a giudizio o contestazione, o assumere un atteggiamento preventivamente aggressivo come strategia difensiva prima ancora che emerga una minaccia reale. L'ipe-

rattivazione di questo sistema può configurarsi come posizionamento costante in modalità difensiva o competitiva nelle relazioni, anticipando conflitti e preparandosi preventivamente al confronto. Pur generando isolamento e conflittualità nelle relazioni attuali – la persona potrebbe riferire difficoltà a mantenere amicizie durature o a costruire relazioni intime per paura di essere “tradita” o invalidata –, questa strategia può aver avuto una funzione protettiva fondamentale nei contesti originari dove le aggressioni erano concrete e ripetute. Nel contesto scolastico adolescenziale, dove la vulnerabilità poteva tradursi in ulteriore vittimizzazione, l’adozione di una postura agonistica ha probabilmente contribuito alla sopravvivenza psicologica e talvolta fisica della persona. Analogamente, l’utilizzo rigido del sistema di accudimento può essere letto come ricerca di mantenimento della prossimità relazionale in persone che hanno sperimentato rifiuto familiare o timore di abbandono legato alla propria identità, che si posizionano costantemente in un ruolo di cura rispetto agli altri, anticipando i loro bisogni, sacrificando i propri desideri. Questa strategia può funzionare come tentativo implicito di compensare il senso di inadeguatezza legato alla propria identità attraverso l’utilità e l’indispensabilità relazionale.

La comprensione delle dinamiche motivazionali multiple risulta particolarmente utile nel riconoscere pattern interpersonali complessi. La terapeutica dovrebbe riconoscere come questi pattern, anziché resistenze immotivate, rappresentino strategie adattive sviluppate in contesti dove la vulnerabilità era effettivamente pericolosa. L’intervento può quindi mirare a creare uno spazio relazionale sufficientemente sicuro in cui sperimentare gradualmente l’attivazione di sistemi motivazionali più affiliativi, monitorando costantemente i segnali di sicurezza vs. minaccia che la persona rileva nella relazione terapeutica (Liotti, 2005; Liotti & Monticelli, 2008). In linea con la letteratura recente, che evidenzia una maggiore prevalenza di esperienze sfavorevoli infantili nella popolazione queer, emerge la necessità di integrare un orientamento trauma-informed con pratiche di cura affermative, al fine di mitigare l’impatto di tali esperienze discriminanti sul funzionamento psicologico (Di Fini *et al.*, 2025). La formulazione del caso dovrebbe dunque integrare con uguale attenzione sia l’analisi dei pattern di attaccamento precoce sia la mappatura dettagliata delle esperienze di traumi relazionali e minority stress lungo l’intero arco di vita. Non si tratta di sostituire l’uno con l’altro, ma di riconoscere come questi due livelli di analisi si intreccino nella costruzione dell’identità e della sofferenza della paziente. L’analisi intersezionale di come diverse dimensioni identitarie interagiscano dovrebbe permeare l’intera formulazione del caso, riconoscendo che queste differenze sono elementi strutturanti dell’intera esperienza di minority stress.

Aree emotive critiche e coerenze di significato personale

Le credenze disfunzionali che emergono nel contesto del minority stress non sono il prodotto di semplici distorsioni cognitive, ma rappresentano spesso adattamenti razionali e funzionali a contesti che sono stati, e talvolta continuano a essere, realmente ostili. L'esposizione cronica a messaggi che definiscono la propria sessualità o identità come "sbagliate", "innaturali", o addirittura "peccaminose", può generare rappresentazioni di sé profondamente svalutanti a livello nucleare. Questa costruzione di significato può interagire con pattern di attaccamento insicuri preesistenti, amplificandone gli effetti, o richiedere lo sviluppo di meccanismi di coping molto costosi al fine di mantenere un'immagine di sé quanto più possibile positiva in un contesto ostile e rifiutante.

La vergogna, ad esempio, rappresenta spesso un'emozione centrale nell'esperienza del minority stress e merita una menzione particolare. Nelle persone LGBTQIA+, può assumere diverse configurazioni dolorose. La vergogna anticipatoria è caratterizzata dal timore costante di essere "scoperti" e conseguentemente giudicati, rifiutati o ridicolizzati, presentandosi come un'emozione prossimale centrale che si sviluppa quando lo stigma esterno viene interiorizzato e rivolto contro il sé. La vergogna umiliante si riferisce all'esperienza concreta di essere pubblicamente esposti, ridicolizzati o respinti a causa della propria identità. Le strategie di gestione della vergogna sono complesse e multistrato. L'ipervigilanza verso segnali di disapprovazione sociale diventa una modalità abituale di navigazione del mondo. L'occultamento strategico dell'identità si articola in modi sofisticati, modulando il grado di visibilità in base al contesto. L'evitamento di contesti percepiti come potenzialmente umilianti può limitare progressivamente le opportunità relazionali e sociali. L'ipercontrollo dei propri comportamenti, del tono di voce, delle espressioni di genere tende a diventare automatico.

La terapia dovrebbe riconoscere come queste strategie, pur limitando le opportunità di vita autentica, svolgano una funzione protettiva razionale in contesti dove l'esposizione comporta rischi reali. Interpretare queste strategie esclusivamente come evitamento patologico o come ansia sociale costituirebbe un errore clinico e una forma di invalidazione. Questa area emotiva critica si inserisce nelle diverse organizzazioni di significato personale (Guidano, 1987; 1991; Guidano & Liotti, 1983), ciascuna con strategie specifiche volte al mantenimento della coerenza interna del sé nelle dimensioni di dipendenza/indipendenza, focus emotivo interno/esterno, attribuzione di causalità. Si possono osservare, ad esempio, forme di performatività sociale e un'elaborazione dell'esperienza del giudizio altrui attra-

verso altre aree critiche, quali il valore personale, l'amabilità, la colpa o la solitudine. Le esperienze di minority stress possono intrecciarsi quindi in modo specifico con le diverse Organizzazioni di Significato Personale teorizzate da Guidano (1987; 1991). In persone con organizzazione del sé di tipo DAP – dove il tema centrale riguarda il riconoscimento di sé attraverso lo sguardo dell'altro e il controllo dell'immagine corporea – le esperienze di discriminazione legate al corpo, all'espressione di genere e alla visibilità sociale possono intrecciarsi in modo particolarmente doloroso con i nuclei di vergogna e inadeguatezza corporea, soprattutto nelle persone transgender e gender non-conforming. La sensibilità al contesto giudicante e svalutante può favorire forme di ipercontrollo performativo, anche attraverso il corpo, al fine di mantenere una rappresentazione di sé sufficientemente stabile e positiva agli occhi delle persone. La discrepanza tra il bisogno di accettazione e l'esperienza ripetuta di rifiuto legata all'identità LGBTQIA+ può così strutturare pattern rigidi di ipercompiacenza, autosvalutazione e dipendenza dallo sguardo altrui. In un'organizzazione di significato personale di tipo ossessivo – caratterizzata dalla ricerca di certezza, ordine e coerenza morale, e dalla difficoltà a integrare parti di sé vissute come inaccettabili o contrarie ai valori interiorizzati – l'identità LGBTQIA+ può rappresentare una sfida particolare soprattutto in contesti familiari e sociali rigidi rispetto alla tematica. L'ambiguità delle reazioni altrui, l'incertezza relazionale e la tensione tra norme introiettate e identità emergente possono generare dubbi ossessivi, ruminazioni morali e rituali di controllo volti a gestire l'ansia anticipatoria e il senso di colpa.

Nelle organizzazioni di tipo fobico – orientate primariamente alla protezione dal pericolo e alla regolazione della paura – le esperienze di minority stress possono essere lette come conferme di un mondo percepito come imprevedibile e potenzialmente minaccioso. Episodi di microaggressione, discriminazione o rifiuto sociale possono rinforzare strategie di evitamento, ritiro relazionale e ipervigilanza, soprattutto rispetto ai contesti di visibilità dell'identità sessuale o di genere. In persone con organizzazione del sé di tipo depressivo, infine, il minority stress tende a intrecciarsi con nuclei di perdita, impotenza e autosvalutazione. Le esperienze reiterate di esclusione, invalidazione o mancato riconoscimento possono essere assimilate come conferme della propria inadeguatezza o non amabilità, rinforzando una visione del sé come intrinsecamente difettosa e del legame come fragile o destinato alla rottura. In queste persone, l'interiorizzazione dello stigma può assumere la forma di una rinuncia anticipatoria al desiderio, alla visibilità e alla progettualità, con un progressivo appiattimento affettivo e una riduzione delle aspettative relazionali.

Trasversalmente alle diverse organizzazioni, il timore di esporsi, di rendere visibile la propria identità sessuale o di genere può tradursi in una progressiva restrizione del campo esperienziale e relazionale, con un funzionamento adattivo centrato sulla sicurezza piuttosto che sull'espressione autentica di sé. La comprensione di come le esperienze di minority stress si intreccino con specifiche organizzazioni di significato personale consente alla terapeutà di affinare la formulazione del caso e di calibrare gli interventi in modo più preciso, riconoscendo sia le vulnerabilità strutturali sia le risorse adattive della paziente, e di promuovere percorsi di integrazione identitaria che tengano conto delle dimensioni evolutive, relazionali e socioculturali dell'esperienza LGBTQIA+.

Implicazioni cliniche e integrazione nella CBT

Nel lavoro con persone appartenenti a minoranze sessuali e di genere, alcune evidenze indicano che la CBT risulti particolarmente efficace quando la clinica integra nella formulazione del caso i fattori di stress legati allo stigma e allo svantaggio sociale (Shali, 2024). In questa cornice, il disagio psico-relazionale può essere letto non come espressione di vulnerabilità individuale, ma come risposta adattiva a contesti sociali caratterizzati da discriminazione, aspettative di rifiuto e interiorizzazione dello stigma sociale (Tudor-Sfetea & Topciu, 2024). Il lavoro terapeutico può quindi orientarsi non solo alla flessibilizzazione di credenze disfunzionali, ma anche alla comprensione di come esse abbiano avuto una funzione protettiva o adattiva in determinati momenti della storia di vita. Le credenze nucleari di indegnità, non appartenenza o insicurezza sono riconducibili dunque a esperienze di esclusione, microaggressione e invisibilizzazione continua piuttosto che a sofferenze intrapsichiche (Pachankis *et al.*, 2025). Questo passaggio consente un movimento clinico delicato tra validazione dell'esperienza e promozione dell'agency, evitando sia interventi invalidanti sia una collusione con l'immobilismo suggerito da contesti sociali che promuovono invisibilità e ulteriore discriminazione. La CBT affermativa mantiene quindi i propri modelli di intervento transdiagnostici – quali la regolazione emotiva, la ristrutturazione cognitiva, l'implementazione metacognitiva, l'esposizione – applicandoli però in maniera esplicitamente connessa agli stressor legati all'identità sessuale. Le evidenze empiriche indicano che tali adattamenti producono esiti clinici soddisfacenti, confermando l'efficacia di tale approccio clinico anche nei contesti di minoranza se applicato con sensibilità e attenzione al contesto (Dunn *et al.*, 2024). Un elemento critico nella pratica clinica riguarda il ruolo

della terapeutà come “gatekeeper” (custode/guardiano). Le persone appartenenti a minoranze sessuali e di genere, in particolare le persone transgender e gender diverse, sperimentano frequentemente ansia anticipatoria legata alla necessità percepita di “dimostrare” la propria identità allà clinicà per accedere a servizi medici, certificazioni o trattamenti ormonali. Questa asimmetria di potere, se non affrontata e rimodulata, rischia di riattivare dinamiche di controllo, vergogna e inadeguatezza già sperimentate, in particolare in contesti istituzionali, rafforzando l’ipervigilanza e le aspettative di rifiuto (Shali, 2024), con il rischio di compromettere l’alleanza terapeutica.

Là terapeutà dovrebbe posizionarsi esplicitamente come alleatà, distinguendo con trasparenza il proprio ruolo di sostegno psicologico e supporto all’esplorazione identitaria da quello di validatore esterno dell’identità sessuale, rispettando il principio di organicità e autodeterminazione, usando piuttosto la valutazione diagnostica funzionale come strumento condiviso per raggiungere il pieno consenso informato sulle scelte relative alla propria specifica via di affermazione di genere. Una postura affermativa e non patologizzante contribuisce a prevenire la riproduzione all’interno del setting delle stesse dinamiche invalidanti del contesto sociale (Craig *et al.*, 2021) riducendo in questo modo il rischio di ritraumatizzazione. La letteratura empirica mostra come sia possibile integrare un’attenzione intersezionale all’interno di protocolli CBT strutturati. L’intervento AWARENESS, sviluppato da Flentje e colleghi (2020), evidenzia come la CBT possa affrontare lo stress intersezionale mantenendo una cornice chiara e orientata ai processi. In questi interventi, il lavoro cognitivo-comportamentale – attraverso la psicoeducazione sul minority stress e il monitoraggio sistematico dei trigger legati all’identità – consente di normalizzare la sofferenza, ridurre l’autocolpevolizzazione e favorire un’uscita da stati di impotenza appresa, favorendo una riattribuzione del significato da un piano individuale a quello socio-relazionale. È importante inoltre sostenere le persone nel riconoscere l’impatto dei contesti discriminanti sulle proprie risposte emotive e comportamentali, promuovendo al contempo competenze di coping e un senso di agency più ampio. In questa prospettiva, posizionarsi apertamente contro la discriminazione non rappresenta una compromissione del setting terapeutico, ma può configurarsi come un atto terapeutico in sé, contribuendo alla costruzione di uno spazio di sicurezza e di legittimazione dell’esperienza della paziente. Nel complesso, lo stato attuale della ricerca suggerisce che l’integrazione dell’intersezionalità nella CBT non rappresenti un cambiamento di paradigma, ma offra una maggiore precisione clinica, favorendo interventi più mirati, efficaci e clinicamente responsabili. La validazione profonda delle esperienze di minority stress, unita a un posizionamento eti-

co chiaro dellə terapeutə e a un lavoro graduale e rispettoso sull'agency dellə paziente, costituisce il nucleo di una pratica clinica scientificamente rigorosa ed eticamente responsabile.

Riflessioni conclusive

L'integrazione dei modelli del minority stress e dell'intersezionalità all'interno della cornice cognitivo-comportamentale non richiede un abbandono dei principi fondamentali della CBT, ma piuttosto un loro affinamento e una loro contestualizzazione. La sofferenza psicologica delle persone LGBTQIA+ non può essere compresa pienamente senza considerare il peso dei contesti discriminatori in cui queste persone crescono e vivono. La prospettiva post-razionalista di Guidano e la teoria dei sistemi motivazionali di Liotti offrono strumenti teorici particolarmente preziosi per comprendere come le esperienze di discriminazione si sedimentino nelle strutture identitarie profonde, interagendo con i pattern di attaccamento e le organizzazioni di significato personale. Questo livello di analisi consente allə terapeutə di riconoscere che molte delle credenze apparentemente “disfunzionali” delle persone LGBTQIA+ sono in realtà adattamenti razionali a contesti oggettivamente ostili.

Il posizionamento etico dellə terapeutə emerge come elemento non accessorio ma costitutivo di una buona pratica clinica. In un contesto sociale eteronormativo e cisnormativo, la presunta neutralità rischia di replicare, nel setting terapeutico, le stesse dinamiche di invisibilizzazione e invalidazione che le persone sperimentano nella vita quotidiana. Dichiarare chiaramente che la discriminazione è inaccettabile e che l'identità dellə paziente è legittima costituisce il fondamento di uno spazio terapeutico sicuro. L'oscillazione tra validazione e promozione dell'agency rappresenta il cuore del lavoro terapeutico. Validare significa riconoscere la realtà della discriminazione e la razionalità delle strategie di coping adottate; promuovere l'agency significa accompagnare lə paziente nell'esplorazione di margini di azione più ampi, sempre nel rispetto dei vincoli contestuali reali e dei tempi soggettivi. L'approccio intersezionale, infine, ricorda allə clinicə che ogni persona porta con sé una configurazione unica di dimensioni identitarie che si intrecciano producendo esperienze qualitativamente specifiche. Non esiste “lə paziente gay” o “lə paziente lesbica” in astratto, ma persone la cui esperienza è plasmata dall'intersezione di molteplici assi di marginalizzazione o privilegio, in contesti geografici, culturali, familiari ed economici specifici. L'integrazione di questi principi nella pratica clinica CBT non rappresenta una concessione

ideologica né un abbandono del rigore scientifico. Al contrario, costituisce un necessario sviluppo metodologico che consente alla CBT di mantenere la propria vocazione centrale: comprendere con precisione i meccanismi attraverso cui la sofferenza si costruisce e si mantiene, per favorire percorsi di cambiamento efficaci, rispettosi e scientificamente fondati.

Bibliografia

- Craig S., Iacono G., Pascoe R. & Austin A. (2021). Adapting clinical skills to telehealth: Applications of affirmative cognitive-behavioral therapy with LGBTQ+ youth. *Clinical Social Work Journal*, 49, 471-483. DOI: 10.1007/s10615-021-00796-x.
- Crenshaw K. (1989). Demarginalizing the intersection of race and sex: A Black feminist critique of antidiscrimination doctrine, feminist theory and antiracist politics. *University of Chicago Legal Forum*, 1: Article 8. chicagounbound.uchicago.edu/uclf/vol1989/iss1/8.
- Di Fini G., Civilotti C., Bolognino A., Einaudi G., Molo M., Veglia F., Gandino G. & Finzi S. (2025). The burden of the past: A systematic review of childhood trauma and mental health in transgender and gender nonconforming individuals. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 15(9): 183. DOI: 10.3390/ejihpe15090183.
- Dunn I., Power E., Casey L. & Wootton B. (2024). Cognitive behavioural therapy for internalizing symptoms in LGBTQ+ people: A preliminary meta-analysis. *Cognitive Behaviour Therapy*, 54: 246-275. DOI: 10.1080/16506073.2024.2434021.
- Flentje A., Capriotti M.R. & Cochran B.N. (2020). AWARENESS: Development of a cognitive behavioral intervention to address intersectional minority stress for sexual minority men living with HIV and using substances. *Psychotherapy*, 57(1): 103-113. DOI: 10.1037/pst0000243.
- Funer F. (2023). Admitting the heterogeneity of social inequalities: Intersectionality as a framework and (self-)critical tool in mental health care. *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine*, 18(21). DOI: 10.1186/s13010-023-00144-6.
- Guidano V.F. (1987). *Complexity of the self: A developmental approach to psychopathology and therapy*. New York: Guilford Press.
- Guidano V.F. (1991). *The self in process: Toward a post-rationalist cognitive therapy*. New York: Guilford Press.
- Guidano V.F. (2007). *Psicoterapia cognitiva post-razionalista. Una ricognizione dalla teoria alla pratica clinica*, a cura di A.T. Quiñones). Milano: FrancoAngeli.
- Guidano V.F. & Liotti G. (1983). *Cognitive processes and emotional disorders: A structural approach to psychotherapy*. New York: Guilford Press.
- Liotti G. (2005). *La dimensione interpersonale della coscienza* (II ed.). Roma: Carocci.
- Liotti G. & Monticelli F. (2008). *I sistemi motivazionali nel dialogo clinico*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Meyer I.H. (1995). Minority stress and mental health in gay men. *Journal of Health and Social Behavior*, 36(1): 38-56. DOI: 10.2307/2137286.
- Meyer I.H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence. *Psychological Bulletin*, 129(5): 674-697. DOI: 10.1037/0033-2909.129.5.674.

- Nicholson A., Siegel M., Wolf J., Narikuzhy S., Roth S., Hatchard T., Lanius R., Schneider M., Lloyd C., McKinnon M., Heber A., Smith P. & Lueger-Schuster B. (2022). A systematic review of the neural correlates of sexual minority stress: towards an intersectional minority mosaic framework with implications for a future research agenda. *European Journal of Psychotraumatology*, 13. DOI: 10.1080/20008198.2021.2002572.
- Pachankis J., Chiamonte D., Baldwin H., Prachniak C., Levine D., Van S., Hobbs R., Ankrum H., Wilkins L., Harvey T., Harkness A., Jackson S., Matsuno E., Soullard Z., Last B., Burger J., Delehan M., Zhou X., Hagaman A., ... Mustanski B. (2025). Implementing LGBTQ-affirmative CBT: study protocol for an effectiveness-implementation trial at 90 LGBTQ community centers. *BMC Health Services Research*, 25. DOI: 10.1186/s12913-025-13136-3.
- Pachankis J., Hatzenbuehler M., Klein D. & Bränström R. (2023). The Role of Shame in the Sexual-Orientation Disparity in Mental Health: A Prospective Population-Based Study of Multimodal Emotional Reactions to Stigma. *Clinical Psychological Science*, 12: 486-504. DOI: 10.1177/21677026231177714.
- Richey R. & Pointer O. (2021). A brief cognitive behavioral therapy case study through an intersectional lens for women healthcare workers during the COVID-19 era. *Psychotherapy*, 58(4): 555-563. DOI: 10.1037/pst0000385.
- Seabra D., Carvalho S., Gato J., Petrocchi N. & Salvador M. (2024). (Self)tainted love: Shame and self-criticism as self-discriminatory processes underlying psychological suffering in sexual minority individuals. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 35: 714-732. DOI: 10.1080/10911359.2024.2333777.
- Shali S. (2024). A systematic review of therapist perspectives on cognitive behavioral therapy with gender and sexual minorities. *Discover Psychology*, 4(133). DOI: 10.1007/s44202-024-00264-w.
- Weiss M.D., Daniolos P.T., Coughlin K., Mulvaney-Day N., Cook B. & Rosenblum D. (2024). A scoping review of the intersectionality of autism and intellectual and developmental disability with social inequality in diagnosis and treatment. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 34(2): 73-84. DOI: 10.1089/cap.2023.0058.

Neurodivergenze e sessualità: complessità cliniche e prospettive di intervento nella psicoterapia cognitivo-comportamentale



Gabriele Einaudi*, Vito Lupo**, Camilla Corradelli***, Fabio Ratti****, Giovanna Verde*****, Sarah Finzi*****

Ricevuto il 28 febbraio 2026, accettato il 26 maggio 2026

Sommario

Il crescente riconoscimento della neurodivergenza come espressione della naturale variabilità del funzionamento neurocognitivo umano, che incide sulle modalità con cui la persona percepisce, elabora e regola le informazioni, comporta rilevanti implicazioni per la comprensione della sessualità e per la pratica psicoterapeutica.

Le persone neurodivergenti sperimentano frequentemente traiettorie di sviluppo affettivo e sessuale non lineari, influenzate da specificità nella regolazione emotiva e sensoriale, nei processi comunicativi e dall'esposizione a forme specifiche di stress minoritario. Tali fattori influenzano lo sviluppo identitario, l'esperienza della risposta sessuale e le modalità di espressione dell'intimità, spesso in contesti sociali e clinici ancora fortemente normativi.

Il presente contributo propone una lettura integrata tra prospettiva *neurodiversity-affirming*

* Psicologo, Psicoterapeuta, Sessuologo clinico, Dipartimento di Psicologia, Università degli Studi di Torino, 10124 Torino; Centro Clinico Crocetta, Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Cognitiva, Corso Galileo Ferraris 110 – 10129 Torino; e-mail: g.einaudi@unito.it.

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

*** Psicologa, Psicoterapeuta, Centro Giovani Adolescenti – Dipartimento di Salute Mentale ASST Lariana, via Ferrari 9 – 22100 Como; e-mail: psy.corradellicamilla@gmail.com.

**** Psicologo Psicoterapeuta e Sessuologo Clinico, Studio Psicoterapia Cognitiva, via San Gottardo 32 – 6943 Lugano; e-mail: fabio.ratti@spclugano.ch.

***** Psicologa, Psicoterapeuta, Sessuologa clinica, Studio di sessuologia e terapia di coppia, 10129 Torino; e-mail: giovanna.verde@gmail.com.

***** PhD, Psicologa, Psicoterapeuta; Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Cognitiva Centro Clinico Crocetta, Corso Galileo Ferraris 110 – 10129 Torino; e-mail: sarah.n.finzi@gmail.com.

Quaderni di Psicoterapia Cognitiva (ISSNe 2281-6046), n. 57/2025
DOI: 10.3280/qpc57-2025oa23134

e modelli cognitivo-comportamentali *evidence-based*, con l'obiettivo di offrire una cornice clinica utile al lavoro psicoterapeutico con persone neurodivergenti che portano temi legati alla sessualità. Vengono discussi concetti chiave quali il *Double Empathy Problem*, il *masking*, lo stress minoritario e l'adozione di una postura orientata alla *cultural humility*, evidenziandone le implicazioni per il setting terapeutico, per l'alleanza e per il linguaggio clinico.

L'articolo esplora inoltre le intersezioni tra neurodivergenza e identità sessuale. Si discutono anche le implicazioni legate alle diagnosi tardive e ai processi di *disclosure*, sottolineando il ruolo della psicoterapia come spazio di co-costruzione di significati affermativi e de-patologizzanti. In conclusione, a partire dalla presentazione di un caso clinico, si delineano alcuni principi clinici per una psicoterapia cognitivo-comportamentale informata sulla neurodivergenza, capace di integrare rigore metodologico e attenzione alla soggettività, promuovendo benessere, *agency* e autenticità nelle esperienze affettive e sessuali.

Parole chiave: neurodivergenza, sessualità, psicoterapia cognitivo-comportamentale, stress minoritario, identità sessuale e di genere, Double Empathy Problem, masking.

Neurodivergence and Sexuality: Clinical Complexities and Cognitive-Behavioral Approaches to Psychotherapeutic Intervention

Abstract

The growing recognition of neurodivergence as an expression of the natural variability of human neurocognitive functioning has significant implications for the understanding of sexuality and for psychotherapeutic practice. Neurodivergent individuals frequently experience non-linear developmental trajectories in the affective and sexual domains, influenced by specificities in emotional and sensory regulation, in communicative processes, and by exposure to specific forms of minority stress. These factors influence identity development, the experience of sexual response, and the ways in which intimacy is expressed, often within social and clinical contexts that remain strongly normative.

The contribution proposes an integrated framework combining neurodiversity-affirming perspective with evidence-based cognitive-behavioral models, with the aim of offering a clinically useful framework for psychotherapeutic work with neurodivergent individuals who bring sexuality-related concerns into therapy. Key concepts are discussed, including the *Double Empathy Problem*, masking, minority stress, and the adoption of a cultural humility stance, highlighting their implications for the therapeutic setting, the therapeutic alliance, and clinical language.

The article further explores the intersections between neurodivergence and sexual identity. The implications related to late diagnoses and disclosure processes are also discussed, emphasizing the role of psychotherapy as a space for the co-construction of affirmative and de-pathologizing meanings. In conclusion, drawing on the presentation of a clinical case, several clinical principles are outlined for a neurodivergence-informed cognitive-behavioral psychotherapy, capable of integrating methodological rigor and attention to subjectivity, promoting well-being, agency, and authenticity in affective and sexual experiences.

Keywords: Neurodivergence, Sexuality, Cognitive-Behavioral Psychotherapy, Minority Stress, Sexual and Gender Identity, Double Empathy Problem, Masking.

Introduzione

Negli ultimi anni, il concetto di neurodivergenza¹ ha progressivamente acquisito centralità nel dibattito clinico e scientifico, favorendo una rilettura critica dei modelli centrati sul deficit del neurosviluppo.

In ambito di ricerca e pratica clinica, si è reso necessario un approccio basato sui punti di forza e sull'affermazione dell'identità, riconoscendo le neurodivergenze come espressioni della naturale variabilità del funzionamento neurocognitivo umano e non esclusivamente come deficit da correggere, in contrasto con quanto previsto dal modello medico della disabilità, che tende a inquadrare tali condizioni in termini di deficit e normalizzazione (McLennan *et al.*, 2025). In questa prospettiva, condizioni quali il Disturbo dello Spettro Autistico (ASD) e il Disturbo da Deficit di Attenzione e Iperattività (ADHD) vengono maggiormente comprese come configurazioni neurocognitive eterogenee, piuttosto che come meri quadri patologici da normalizzare. Questo cambio di prospettiva ha rilevanti implicazioni per la pratica psicoterapeutica, in particolare quando il lavoro clinico intercetta ambiti complessi e storicamente poco esplorati, come la sessualità.

La letteratura recente evidenzia come le persone neurodivergenti possano sperimentare traiettorie di sviluppo affettivo e sessuale non lineari, caratterizzate da specificità nella regolazione emotiva e sensoriale, nella comprensione delle norme sociali implicite e nella comunicazione dei bisogni affettivi e sessuali (Young & Cocallis, 2023). Tali caratteristiche possono coesistere con un autentico desiderio di intimità e connessione, ma anche con vissuti di incertezza, ansia e disagio nelle interazioni affettive e sessuali, soprattutto in assenza di contesti sufficientemente chiari e inclusivi (Torralbas-Ortega *et al.*, 2023; O'Brien *et al.*, 2025).

Accanto ai fattori neurocognitivi, un ruolo centrale è svolto dalle dimensioni contestuali e sociali. Il ricorso a strategie di adattamento come il masking ed esposizione cronica a forme di stress minoritario risultano asso-

¹ Con il termine neurodivergenza si fa riferimento a una pluralità di configurazioni del funzionamento neurocognitivo che si discostano dalle aspettative normative, comunemente incluse, sul piano diagnostico, nei disturbi del neurosviluppo. Tra queste rientrano, in particolare, il disturbo dello spettro dell'autismo (ASD), il disturbo da deficit di attenzione/ipervattività (ADHD), i disturbi specifici dell'apprendimento (DSA) e le differenze nel funzionamento cognitivo associate a profili intellettivi atipici (considerando anche la plusdotazione cognitiva). È tuttavia rilevante sottolineare come il concetto di neurodivergenza ecceda la mera classificazione diagnostica, configurandosi come una categoria descrittiva e culturale che valorizza la variabilità neurocognitiva piuttosto che definirla esclusivamente in termini di deficit o psicopatologia.

ciate a un aumento del disagio psicologico, specialmente quando la neurodivergenza si interseca con appartenenze a minoranze sessuali e identità di genere non conformi (Bayeh & Ryder, 2025; Lai, 2024). Le difficoltà affettive e sessuali non possono pertanto essere ricondotte esclusivamente alle caratteristiche individuali, ma richiedono una lettura integrata dei contesti normativi e delle esperienze di marginalizzazione (Kroll *et al.*, 2025).

Nonostante la rilevanza clinica di questi aspetti, la sessualità delle persone neurodivergenti è stata a lungo trascurata o affrontata in modo riduttivo, oscillando tra silenziamento e patologizzazione, sia nella popolazione adulta sia in età evolutiva (Einaudi, 2025).

In questo contesto, la psicoterapia cognitivo-comportamentale è chiamata a integrare il rigore dei modelli evidence-based con una postura clinica sensibile alla neurodiversità e ai temi legati alla sessualità. Tutto questo affrontando anche le possibili difficoltà legate a carenza di definizioni operative stabili e all'eterogeneità intra- e inter-gruppo, che porta un possibile rischio di riduzionismo sociologico (APA, 2006; Dwyer, 2022; Happé & Frith, 2020; Pellicano & den Houting, 2022).

Neurodivergenze e sviluppo affettivo-sessuale: nodi clinici principali

Lo sviluppo affettivo e sessuale nelle persone neurodivergenti si colloca frequentemente entro traiettorie diversificate e complesse, in cui differenze neurocognitive, esperienze relazionali e contesti socioculturali interagiscono nel determinare esiti di benessere o di sofferenza. In una cornice neurodiversity-informed, la neurodiversità è intesa come variabilità naturale del funzionamento neurocognitivo (Singer, 2017; McLennan *et al.*, 2025; Pliskin & Crehan, 2024), con l'implicazione fondamentale che essere diversi non significa essere sbagliati. Tuttavia, nella realtà relazionale e talvolta nella clinica, il riconoscimento della differenza è spesso accompagnato da una pressione implicita all'adeguamento a standard normativi di funzionamento, che produce forti vissuti di inadeguatezza.

Un nodo rilevante per la clinica riguarda le differenze nella regolazione emotiva e sensoriale, ampiamente documentate nello spettro autistico e nella popolazione ADHD (Ben-Sasson *et al.*, 2009; Jurek *et al.*, 2025), che possono incidere sulla tolleranza alla prossimità fisica e sulla qualità delle interazioni intime (Robertson & Simmons, 2013).

Nel caso dell'ADHD, specifiche configurazioni neurocognitive ed esecutive contribuiscono a pattern di disregolazione emotiva e attentiva che influenzano l'esperienza relazionale, senza essere riducibili a semplici deficit

di autocontrollo (Castellanos *et al.*, 2006). In ambito clinico, ciò implica evitare letture semplificanti dei comportamenti sessuali, considerando tali condotte come tentativi di autoregolazione, protezione dal sovraccarico o ricerca di sicurezza corporea.

In una prospettiva evolutiva, tali processi si intrecciano con la storia di attaccamento e con i modelli operativi interni costruiti nelle prime relazioni di cura. La letteratura suggerisce che bambini con funzionamento neurodivergente possano sviluppare attaccamenti selettivi, anche sicuri, sebbene le traiettorie risultino sensibili a difficoltà di sintonizzazione e a esperienze di non comprensione o invalidazione (Rutgers *et al.*, 2004; Wylock, 2023; Sonfelianu *et al.*, 2025). In età adulta, tali esperienze possono riflettersi in strategie relazionali orientate alla ricerca di sicurezza, da leggere come adattamenti contestuali più che come deficit individuali.

Un secondo nodo riguarda la comprensione e negoziazione delle norme implicite che governano la sfera affettiva e sessuale. Le ricerche evidenziano difficoltà frequenti nell'interpretazione delle norme sociali, nella comunicazione dei bisogni e nella regolazione emotiva nelle relazioni intime, con ampia variabilità nella soddisfazione e nella stabilità relazionale (Young & Cocallis, 2023; Torralbas-Ortega *et al.*, 2023). Possono essere presenti vissuti di inadeguatezza e timore del rifiuto (O'Brien *et al.*, 2025) che alimentano credenze disfunzionali orientate al fallimento relazionale, e che portano a utilizzare la sessualità come ambito di verifica prestazionale o, al contrario, come area di evitamento. In questa cornice, la sessualità va considerata un'area centrale del benessere e della qualità di vita, non da trattare esclusivamente in presenza di disfunzioni (Cavallo, 2025).

Un nodo trasversale rilevante è il masking/camouflaging, ovvero l'utilizzo di strategie di adattamento agli standard neurotipici che, sebbene possano facilitare l'inclusione nel breve periodo, risultano associate a costi psicologici significativi nel ciclo di vita (Cage & Troxell-Whitman, 2019; Howe *et al.*, 2023). Tali condotte possono portare a una riduzione dell'autenticità e dell'ascolto somato-corporeo, a difficoltà nella comunicazione di bisogni e limiti e a una negoziazione del consenso meno esplicita, con ricadute sulla qualità della connessione emotiva e aumento della possibilità di esperienze traumatiche.

Numerosi studi indicano una maggiore prevalenza di orientamenti sessuali e identità di genere non conformi tra le persone neurodivergenti, evidenziando come tali dimensioni possano frequentemente intrecciarsi nei percorsi di sviluppo e di costruzione dell'identità (Bayeh & Ryder, 2025; George & Stokes, 2018). In un'ottica intersezionale, la coesistenza di neurodivergenza e appartenenza a minoranze sessuali o di genere amplifica lo stress minorita-

rio ed espone a una duplice marginalizzazione (Hillier *et al.*, 2019; Munday *et al.*, 2025), dovuta a scarsa rappresentatività nei contesti LGBTQIA+ e alla mancanza di conoscenze approfondite sulle tematiche di orientamento e identità di genere in ambito clinico. Ciò rende necessarie valutazioni cliniche che integrino dimensioni individuali e contestuali (Lai, 2024; Vogel *et al.*, 2025), linee guida intersezionali e formazione specifica per garantire l'inclusività della cura (Bo *et al.*, 2024). Risulta inoltre fondamentale, fin dall'età evolutiva e nelle possibili situazioni di disabilità concomitante, sensibilizzare, formare e sostenere genitori e caregiver, al fine di promuovere benessere sessuale e contesti di sviluppo più inclusivi (Inverardi & Stringo, 2025).

Nel complesso, le difficoltà affettive e sessuali osservate nelle persone neurodivergenti non possono essere comprese come semplice derivazione delle caratteristiche neurocognitive, ma come esito dell'interazione dinamica tra profilo individuale, sviluppo, ambiente e processi di stigma e marginalizzazione. Questa lettura integrata consente di spostare il focus clinico dalla correzione del funzionamento alla promozione di sicurezza, autenticità e qualità della vita.

Sessualità, identità e relazionalità nella neurodivergenza

La sessualità rappresenta una dimensione complessa dell'esperienza umana, in cui aspetti corporei, emotivi, identitari e relazionali si intrecciano in modo non lineare. Intesa in una prospettiva biopsicosociale, non si esaurisce nel comportamento erotico, ma include i significati attribuiti al desiderio, all'intimità e alla reciprocità all'interno delle relazioni. Le differenze neurocognitive possono influenzare il modo in cui tali dimensioni vengono percepite, comunicate e negoziate, sia a livello individuale sia nella relazione di coppia (Byers *et al.*, 2012; Dewinter *et al.*, 2017).

Nelle persone neurodivergenti, la sessualità può essere vissuta in modalità atipiche nei tempi, nelle forme di espressione corporea e nei processi di regolazione emotiva, senza che ciò implichi una minore autenticità o rilevanza soggettiva. Differenze nella sensorialità, nella regolazione dell'arousal e nella decodifica dei segnali sociali complessi incidono sulla costruzione della reciprocità erotica, rendendo spesso necessaria una comunicazione più esplicita dei bisogni, dei limiti e del consenso (Young & Cocallis, 2023; Torralbas-Ortega *et al.*, 2023). In assenza di contesti relazionali sufficientemente chiari e sicuri, tali specificità possono tradursi in vissuti di incertezza, ansia e timore di inadeguatezza, con ricadute sulla costruzione dell'identità sessuale.

Nel caso dell'ADHD, la letteratura descrive una configurazione dell'esperienza sessuale caratterizzata da un desiderio sessuale più elevato e una maggiore frequenza di comportamenti autoerotici, che possono coesistere con una minore soddisfazione sessuale e con difficoltà nella stabilità relazionale (Soldati *et al.*, 2020). Questi pattern vengono interpretati alla luce della disregolazione dei sistemi motivazionali e dell'impulsività, che possono amplificare l'intensità dell'esperienza erotica, ma ostacolare continuità e sintonizzazione nel legame. Alcuni studi riportano inoltre una maggiore esplorazione degli interessi sessuali, inclusi interessi di tipo parafilico, non necessariamente riconducibili a disturbi clinici, ma piuttosto espressione di una ricerca di novità sensoriale e affettiva (Turner *et al.*, 2024). Questi dati sottolineano la necessità di superare letture moralistiche o patologizzanti, riconoscendo la pluralità dei pattern erotici come parte della diversità individuale.

La dimensione relazionale costituisce uno snodo centrale dell'esperienza sessuale nella neurodivergenza. Le differenze neurocognitive possono dar luogo a incomprensioni reciproche quando i partner si affidano a presupposti impliciti circa il desiderio, la comunicazione emotiva e i ruoli di coppia. Il *Double Empathy Problem* (Milton, 2012) offre una chiave interpretativa utile per comprendere come tali incomprensioni emergano dall'incontro tra stili comunicativi e relazionali differenti, con difficoltà bidirezionali nel leggere intenzioni e significati altrui, anziché da deficit unilaterali. In questo contesto, la sessualità di coppia diventa uno spazio di negoziazione identitaria, in cui la persona neurodivergente può essere riconosciuta nella propria autenticità oppure sentirsi spinta a ricorrere a strategie di iperadattamento e masking, con costi significativi sul piano del benessere emotivo (Young & Cocallis, 2023).

Per molte persone neurodivergenti, la consapevolezza della propria condizione emerge in età adulta, spesso dopo una lunga storia di vissuti di estraneità, tentativi di adattamento e sofferenza non adeguatamente riconosciuta. La letteratura evidenzia come la diagnosi tardiva possa avere un impatto trasformativo, offrendo una cornice di senso alle difficoltà vissute, ma anche attivando emozioni complesse, tra cui rabbia, tristezza, vergogna identitaria e senso di perdita legato alla percezione di opportunità mancate (Leedham *et al.*, 2020; Gellini & Marczak, 2024).

Nelle relazioni di coppia, la diagnosi in età adulta rappresenta una soglia particolarmente delicata. Essa può fungere da catalizzatore per la rilettura e la risignificazione retrospettiva di conflitti, incomprensioni e comportamenti precedentemente letti come disinteresse, rigidità o mancanza di impegno, alla luce delle differenze neurocognitive e dei processi di regolazione emotiva.

Dal punto di vista clinico, la diagnosi non costituisce semplicemente un'etichetta, ma introduce un nuovo linguaggio attraverso cui rinarrare la storia individuale e relazionale. Il terapeuta dovrebbe sostenere i partner nel processo di attribuzione di senso, evitando sia un uso totalizzante della diagnosi come spiegazione onnicomprensiva, sia una sua minimizzazione difensiva.

La diagnosi tardiva apre infine il tema della disclosure, all'interno sia della coppia che della rete sociale. Le ricerche mostrano ampia eterogeneità di strategie, influenzate dal timore di stigma e fraintendimenti, indicando la responsabilità del partner come uno dei principali predittori di soddisfazione relazionale (Au-Yeung *et al.*, 2025; Yew *et al.*, 2023). In ambito clinico, il lavoro terapeutico consiste nel costruire una valutazione condivisa dei rischi e dei benefici della disclosure, sostenendo l'agency narrativa e il diritto a scegliere tempi e modalità di condivisione.

Nel complesso, la sessualità nella neurodivergenza emerge come uno spazio privilegiato di costruzione e rinegoziazione dell'identità e della relazionalità, piuttosto che come un dominio di funzionamento individuale circoscritto.

Implicazioni per la psicoterapia cognitivo-comportamentale

Il lavoro clinico con persone neurodivergenti richiede costante flessibilità nell'adattare strumenti, tempi e modalità dell'intervento alle specificità dei profili cognitivi, sensoriali ed emotivi. Costruire un contesto terapeutico realmente accessibile implica andare oltre l'applicazione standardizzata delle tecniche, mantenendo un equilibrio dinamico tra strutturazione e personalizzazione. Il rigore teorico-metodologico viene quindi preservato, ma modulato in base al funzionamento individuale, evitando modelli implicitamente normativi che rischiano di favorire strategie di iperadattamento.

Gran parte degli strumenti psicodiagnostici e dei protocolli clinici è stata sviluppata su popolazioni neurotipiche, con limiti di validità ecologica quando applicati a persone neurodivergenti. Linguaggio astratto, richieste di inferenze sociali complesse e carico cognitivo implicito possono interferire con la valutazione e la comprensione condivisa.

Per questo motivo, la valutazione può essere concepita come un processo collaborativo e graduale di co-costruzione del significato, in cui strumenti standardizzati vengano integrati con modalità qualitative, narrative e descrittive, riducendo il sovraccarico delle funzioni esecutive e favorendo una lettura non patologizzante del funzionamento.

Nel caso dell'ADHD, l'esplorazione delle funzioni esecutive riveste un ruolo centrale. Difficoltà nella pianificazione, nella gestione del tempo e nella procrastinazione incidono direttamente sull'esperienza di efficacia personale e sul funzionamento quotidiano, riflettendo specifiche modalità neurocognitive più che deficit di volontà (Barkley, 2015; Sonuga-Barke, 2005; Kasper *et al.*, 2012). Una restituzione clinica chiara e concreta consente di ristrutturare attribuzioni colpevolizzanti e di individuare strategie compensative adeguate.

Un ambito di particolare rilevanza riguarda il profilo sensoriale. Le differenze nei sistemi percettivi e di regolazione corporea influenzano livelli di attivazione, tolleranza allo stress e disponibilità alle interazioni (Robertson & Baron-Cohen, 2017). Il lavoro clinico può includere una mappatura delle soglie sensoriali individuali, utilizzando strumenti specifici², al fine di distinguere tra evitamento legato a iper-reattività sensoriale e comportamenti mantenuti da credenze disfunzionali e di favorire il riconoscimento precoce di segnali di sovraccarico. Questo può orientare l'intervento sia sul piano cognitivo, lavorando su giudizi auto-critici e vissuti di vergogna, sia su quello comportamentale, attraverso pause, routine corporee, modifiche ambientali mirate e strategie di autoregolazione concordate, sostenendo un senso di sicurezza interna e di agency. Molte persone neurodivergenti traggono beneficio da strumenti che rendono espliciti processi solitamente impliciti. Schemi visivi, mappe concettuali e supporti grafici facilitano la comprensione dei nessi tra esperienza interna e comportamento, riducendo ambiguità e carico cognitivo.

La prevedibilità del setting e la chiarezza su modalità e obiettivi consolidano l'alleanza terapeutica. Fenomeni come il *mind-wandering*³ e il disaccoppiamento attentivo⁴ vanno inquadrati come espressioni neurocognitive peculiari anziché come disinteresse, e possono essere gestiti attraverso strategie concordate (Bozhilova *et al.*, 2018; Martz *et al.*, 2023).

² Il lavoro clinico può includere una mappatura sistematica delle soglie sensoriali individuali, utilizzando strumenti specifici come il Sensory Perception Quotient (Tavassoli *et al.*, 2014) o le Brain Body Center Sensory Scales (Porges, 2012).

³ Il Mind-wandering indica un fenomeno cognitivo caratterizzato dallo spostamento spontaneo dell'attenzione dal compito o dallo stimolo esterno verso contenuti interni, come pensieri, immagini o associazioni non direttamente pertinenti alla situazione presente. Si tratta di un processo non necessariamente intenzionale, distinto dall'evitamento volontario, e può verificarsi anche in assenza di riduzione dell'interesse o del coinvolgimento relazionale.

⁴ Nelle persone neurodivergenti, in particolare con ADHD, il mind-wandering è stato associato a meccanismi di attentional decoupling, ovvero a un temporaneo disallineamento tra attenzione interna ed esterna, senza che ciò implichi disinvestimento emotivo o mancanza di motivazione.

Infine, l'equilibrio tra bisogno di stabilità e ricerca di stimolazione rappresenta un ulteriore aspetto clinicamente rilevante. Oscillazioni tra questi poli possono essere comprese come strategie adattive di regolazione dell'arousal. Interessi assorbenti e stati di *hyperfocus* sono valorizzabili come risorse, favorendone un'integrazione sostenibile nella vita quotidiana (Ashinoff, 2021).

In questa cornice, assume particolare rilevanza la *cultural humility* come postura clinica (Mosher *et al.*, 2017; Tervalon & Murray-García, 1998). Più che un insieme di competenze tecniche, essa implica un atteggiamento riflessivo e una disponibilità a interrogare continuamente le cornici normative implicite nel lavoro terapeutico. Applicata alla neurodivergenza e alla sessualità, la *cultural humility* consente di evitare letture neurotipiche o eterocisnormative del funzionamento, favorendo un processo terapeutico co-costruito e sensibile alle differenze, confermando la psicoterapia come uno spazio che accoglie e che fornisce strumenti di regolazione, aree di apprendimento e costruzione di significato, piuttosto che un contesto di mera correzione del funzionamento.

Caso clinico

Il caso presentato riguarda un uomo cisgender omosessuale di 29 anni che richiede una presa in carico per una persistente disfunzione erettile, associata ad ansia anticipatoria, ipervigilanza interocettiva e progressivo evitamento di nuove esperienze sessuali.

Il paziente riferisce due precedenti percorsi terapeutici – uno di coppia affiancato da uno individuale – dagli esiti che descrive come “catastrofici”, che hanno rinforzato vissuti di vergogna e autocritica, consolidando la credenza di essere “ipercontrollante” e “incapace di lasciarsi andare”.

Nel corso del precedente trattamento era stata ipotizzata una componente ipocondriaca/ossessiva legata a malattie sessualmente trasmissibili, sulla base di comportamenti di controllo e attenzione all'igiene; di conseguenza era stata proposta una terapia di esposizione, percepita dal paziente come disturbante e non coerente con la propria esperienza soggettiva. Ne sono conseguiti episodi descritti come “blackout”, con ritiro corporeo (rannicchiamento e dondolio), interpretabili come marcatori di sovraccarico (shutdown/overload).

La rivalutazione clinica ha orientato verso una formulazione neurodiversity-informed. In sede di assessment, i punteggi al modulo 4 dell'ADOS-2 (Lord *et al.*, 2012) e al RAADS-R (Ritvo *et al.*, 2011) hanno superato i cut-

off, collocandosi in range autistico; inoltre, il CAT-Q (Hull *et al.*, 2018) ha evidenziato un ricorso significativo a strategie di masking. La valutazione della storia di sviluppo ha documentato differenze nella reciprocità socio-emotiva, l'uso precoce di script per compensare differenze comunicative, difficoltà nelle relazioni tra pari e iper-reattività sensoriali ascrivibili a un funzionamento autistico ad alto *camouflage*. Il paziente ha chiarito che il nucleo del disagio non è la paura del contagio, bensì una marcata avversione sensoriale verso consistenze viscide e odori, associata a disgusto e rapido incremento dell'allarme, come confermato dalla mappatura del profilo tramite Brain Body Center Sensory Scales (Porges, 2012).

In parallelo, il paziente indicava un pattern di *spectatoring* e controllo prestazionale: durante l'intimità l'attenzione veniva catturata dal monitoraggio della risposta erettile, con incremento dell'arousal ansioso (attivazione simpatica) incompatibile con il mantenimento dell'eccitazione sessuale (attivazione parasimpatica). Il sequenziamento ha consentito di osservare l'interferenza con i processi fisiologici dell'eccitazione nel susseguirsi di anticipazione negativa, ipervigilanza, attivazione simpatica, difficoltà erettile, vergogna, evitamento, letti come ciclo di automantenimento. Normalizzando la risposta del sistema nervoso come tentativo di protezione e riducendo attribuzioni moralizzanti (*"Se avessi amato abbastanza mi sarei sforzato di più"*) è stato possibile lavorare sulla ristrutturazione cognitiva.

L'intervento è stato strutturato su più livelli. In primo luogo, la psicoeducazione centrata sul profilo sensoriale ha esplicitato come differenze neuro-percettive modulino la disponibilità alla vicinanza soprattutto in condizioni di imprevedibilità o carico stimolatorio elevato. Sono stati identificati i trigger e definiti accomodamenti concreti (gestione luci/odori, pause, scelta di materiali sicuri, riduzione degli stimoli). Questo ha consentito di trasformare la necessità di controllo in un bisogno di prevedibilità e *agency*, riducendo il ricorso al *masking* come requisito per "funzionare". In secondo luogo, il lavoro cognitivo ha mirato a ristrutturare pensieri disfunzionali (*"Se mi sforzo allora amo abbastanza"*, *"Devo fare come gli altri per essere adeguato"*), attraverso ABC, dialogo socratico ed esperimenti comportamentali focalizzati su obiettivi di processo (presenza, consenso, piacere, comunicazione) più che su esiti prestazionali. In parallelo, è stata avviata una rilettura della storia di vita alla luce del funzionamento: il ricorso a script, checklist e preparazione metodica delle interazioni è stato riconcettualizzato come strategia compensatoria coerente con un profilo autistico con elevato *camouflaging*, efficace in contesti sociali complessi, seppur costosa quando applicata alla sessualità come performance, anziché come mera rigidità patologica come definita nei precedenti percorsi.

Uno spazio specifico è stato dedicato alla vergogna identitaria e al minority stress prossimale. Il paziente frequenta contesti serali LGBTQIA+, ma riferisce di tollerarli spesso solo con il ricorso all'assunzione di alcol, a causa di sovraccarico sensoriale; inoltre riporta aspettative di giudizio e standard normativi interiorizzati (confronto con pari, modelli pornografici, richieste implicite del partner), che alimentavano autocritica e ulteriori condotte di *masking*.

Il trattamento ha integrato interventi di normalizzazione e compassione con il lavoro sulla riduzione di strategie di *masking* in intimità e sui confini, promuovendo una sessualità orientata all'autenticità e alla sicurezza. Complessivamente, il caso illustra come la CBT *neurodiversity-informed* possa riformulare l'evitamento non come deficit relazionale, ma come esito dell'interazione tra vulnerabilità sensoriali, processi attentivi e pressione normativa interiorizzata.

Discussione

Il contributo ha esplorato le intersezioni tra neurodivergenza e sessualità mettendo in discussione letture riduttive che tendono a ricondurre le difficoltà relazionali a disfunzioni intrapsichiche isolate.

Le evidenze suggeriscono che tali difficoltà vadano comprese come esiti di configurazioni complesse, in cui differenze neurocognitive, profili sensoriali e processi di adattamento interagiscono nel tempo. In questa cornice, la sessualità emerge come un dominio particolarmente sensibile alle dinamiche di regolazione corporea e sicurezza. Le richieste implicite di adeguamento a modelli neurotipici possono contribuire allo sviluppo di vissuti di ipercontrollo e distacco dall'esperienza corporea, con ricadute significative sulla qualità dell'intimità e della relazione.

Il caso clinico presentato esemplifica come una formulazione CBT informata dalla prospettiva *neurodiversity-affirming* consenta di riorientare la comprensione della disfunzione sessuale.

Dal punto di vista della pratica clinica, emerge la necessità di una psicoterapia capace di integrare strumenti *evidence-based* con una riflessione critica sulle cornici normative. In questa prospettiva, l'adozione di una postura di *cultural humility* e l'utilizzo di accomodamenti mirati non rappresentano una rinuncia al rigore metodologico, ma una condizione per accrescerne la validità ecologica e la pertinenza clinica.

In conclusione, lavorare sulla sessualità nella neurodivergenza implica riconoscere l'intimità come uno spazio di costruzione di senso, sicurezza e

agency, piuttosto che come un'ulteriore area di valutazione dell'adeguatezza personale.

Una psicoterapia attenta a queste dimensioni può offrire alle persone neurodivergenti un contesto in cui l'esperienza affettiva e sessuale non debba essere normalizzata o corretta, ma compresa, negoziata e sostenuta nella sua specificità.

Bibliografia

- American Psychological Association Presidential Task Force on Evidence-Based Practice (2006). Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist*, 61(4): 271-285. DOI: 10.1037/0003-066X.61.4.271.
- Ashinoff B.K. & Abu-Akel A. (2021). Hyperfocus: The forgotten frontier of attention. *Psychological Research*, 85(1): 1-19. DOI: 10.1007/s00426-019-01245-8.
- Au-Yeung S.K., Freeth M. & Thompson A.R. (2025). "Am I gonna regret this?": The experiences of diagnostic disclosure in autistic adults. *Autism: the international journal of research and practice*, 29(8): 2181-2192. DOI: 10.1177/13623613251337504.
- Barkley R.A. (ed.) (2015). *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A Handbook for Diagnosis and Treatment*, IV ed. New York: Guilford Press.
- Bayeh R. & Ryder A.G. (2025). Neurodiversity, minority status, and mental health: A quantitative study on the experiences of culturally diverse university students in Canada. *Autism in Adulthood*, 7(4): 447-461. DOI: 10.1089/aut.2024.0120.
- Ben-Sasson A., Hen L., Fluss R., Cermak S.A., Engel-Yeger B. & Gal E. (2009). A meta-analysis of sensory modulation symptoms in individuals with autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 39(1): 1-11. DOI: 10.1007/s10803-008-0593-3.
- Bo L., Van Der Miesen A.I., Klomp S.E., Williams Z.J., Szatmari P. & Lai M. (2024). The missing clinical guidance: a scoping review of care for autistic transgender and gender-diverse people. *EClinicalMedicine*, 76: 102849. DOI: 10.1016/j.eclinm.2024.102849.
- Bozhilova N.S., Michelini G., Kuntsi J. & Asherson P. (2018). Mind wandering perspective on ADHD: From physiology to daily life experience. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 92: 464-476. DOI: 10.1016/j.neubiorev.2018.07.010.
- Byers E.S., Nichols S., Voyer S.D. & Reilly G. (2012). Sexual well-being of a community sample of high-functioning adults on the autism spectrum who have been in a romantic relationship. *Autism*, 17(4): 418-433. DOI: 10.1177/13623613111431950.
- Cage E. & Troxell-Whitman Z. (2019). Understanding the Reasons, Contexts and Costs of Camouflaging for Autistic Adults. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 49, 1899-1911. DOI: 10.1007/s10803-018-03878-x.
- Castellanos F.X., Sonuga-Barke E.J.S., Milham M.P. & Tannock R. (2006). Characterizing cognition in ADHD: Beyond executive dysfunction. *Trends in Cognitive Sciences*, 10(3): 117-123. DOI: 10.1016/j.tics.2006.01.011.
- Cavallo F. (2025). *Manuale di sessuologia clinica. Sesso, Genere e Orientamento: nuove sfide e competenze in psicoterapia*. Roma: Carocci.
- Dewinter J., De Graaf H. & Begeer S. (2017). Sexual orientation, gender identity, and ro-

- mantic relationships in adolescents and adults with autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 47(9): 2927-2934. DOI: 10.1007/s10803-017-3199-9.
- Dwyer P. (2022). The Neurodiversity Approach(es): What Are They and What Do They Mean for Researchers? *Human Development*, 66(2): 73-92. DOI:10.1159/000523723.
- Einaudi G. (2025). Sessualità e ADHD in età evolutiva: un caso clinico. In: Cavallo F. (a cura di), *Manuale di sessuologia clinica* (pp. 232-238). Roma: Carocci.
- Gellini H. & Marczak M. (2024). "I always knew I was different": Experiences of receiving a diagnosis of autistic spectrum disorder in adulthood – A meta-ethnographic systematic review. *Review Journal of Autism and Developmental Disorders*, 11(3): 620-639. DOI: 10.1007/s40489-023-00356-8.
- George R. & Stokes M.A. (2018). Sexual orientation in autism spectrum disorder. *Autism Research*, 11(1): 133-141. DOI: 10.1002/aur.1892.
- Happé F. & Frith U. (2020). Annual Research Review: Looking back to look forward – changes in the concept of autism and implications for future research. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 61(3): 218-232. DOI: 10.1111/jcpp.13176.
- Hillier A., Gallop N., Mendes E., Tellez D., Buckingham A., Nizami A. & O'Toole D. (2019). LGBTQ+ and autism spectrum disorder: Experiences and challenges. *International Journal of Transgender Health*, 21(1): 98-110. DOI: 10.1080/15532739.2019.1594484.
- Howe S.J., Hull L., Sedgewick F. & Hannon B. (2023). *Understanding Camouflaging and Identity in Autistic Children and Adolescents Using Photo-Elicitation*. DOI: 10.21203/rs.3.rs-2839184/v1.
- Hull L., Mandy W., Lai M.-C., Baron-Cohen S., Allison C., Smith P. & Petrides K.V. (2019). Development and Validation of the Camouflaging Autistic Traits Questionnaire (CAT-Q). *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 49: 819-833. DOI: 10.1007/s10803-018-3792-6.
- Inverardi I. & Stringo S. (2025). L'importanza della sessualità nelle popolazioni speciali (Sez. 12). In: Cavallo F. (a cura di), *Manuale di sessuologia clinica. Sesso, Genere e Orientamento: nuove sfide e competenze in psicoterapia* (pp. 419-427). Roma: Carocci.
- Jurek L., Duchier A., Gauld C., Hénault L., Giroudon C., Fournier P., Cortese S. & Nourredine M. (2025). Sensory processing in individuals with attention-deficit/hyperactivity disorder compared with control populations: A systematic review and meta-analysis. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 64(10): 1132-1147. DOI: 10.1016/j.jaac.2025.02.019.
- Kasper L.J., Alderson R.M. & Hudec K.L. (2012). Moderators of working memory deficits in children with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD): A meta-analytic review. *Clinical psychology review*, 32(7): 605-617. DOI: 10.1016/j.cpr.2012.07.001.
- Kroll E., Lederman M., Kohlmeier J., Ballard J., Zant I. & Fenkel C. (2025). Examining the mental health symptoms of neurodivergent individuals across demographic and identity factors: A quantitative analysis. *Frontiers in Psychology*, 16: 1499390. DOI: 10.3389/fpsyg.2025.1499390.
- Lai M.C. (2024). Editorial: Towards an intersectional understanding of sexual identity, mental health, neurodivergence, and beyond. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. DOI: 10.1016/j.jaac.2024.12.007.
- Leedham A., Thompson A.R., Smith R. & Freeth M. (2020). "I was exhausted trying to figure it out": The experiences of females receiving an autism diagnosis in middle to late adulthood. *Autism*, 24(1): 135-146. DOI: 10.1177/1362361319853442.

- Lord C., Rutter M., DiLavore P., Risi S., Gotham K. & Bishop S. (2012). *Autism diagnostic observation schedule – 2nd edition (ADOS-2)*. Los Angeles: Western Psychological Corporation.
- Martz E., Weiner L., Bonnefond A. & Weibel S. (2023). Disentangling racing thoughts from mind wandering in adult attention deficit hyperactivity disorder. *Frontiers in Psychology*, 14: 1166602. DOI: 10.3389/fpsyg.2023.1166602.
- McLennan H., Aberdein R., Saggars B., Gillett-Swan J. (2025). Thirty years on from Sinclair: A scoping review of neurodiversity definitions and conceptualisations in empirical research. *Review Journal of Autism and Developmental Disorders*. DOI: 10.1007/s40489-025-00493-2.
- Milton D.E. (2012). On the ontological status of autism: The “double empathy problem”. *Disability & society*, 27(6): 883-887. DOI: 10.1080/09687599.2012.710008.
- Mosher D.K., Hook J.N., Captari L.E., Davis D.E., DeBlaere C. & Owen J. (2017). Cultural humility: A therapeutic framework for engaging diverse clients. *Practice Innovations*, 2(4): 221-233. DOI: 10.1037/pri0000055.
- Munday K., Kapp S.K. & Morris C. (2025). Transgender and gender diverse autistic adults’ experiences of (un)belonging. *PLoS ONE*, 20(12): e0338569. DOI: 10.1371/journal.pone.0338569.
- O’Brien M., Kini Seery C., Kelly C., Kilbride K., Wrigley M., Nearchou F. & Bramham J. (2025). “I Felt Like a Burden”: An exploration into the experience of romantic relationships for people with ADHD. *Journal of Marital and Family Therapy*, 52(1): e70097. DOI: 10.1111/jmft.70097.
- Pellicano E. & den Houting J. (2022). Annual Research Review: Shifting from “normal science” to neurodiversity in autism science. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 63(4): 381-396. DOI: 10.1111/jcpp.13534.
- Pliskin A.E. & Crehan E.T. (2024). Moving toward neurodiversity-affirming integrated psychotherapy with autistic clients. *Journal of Psychotherapy Integration*, 34(3): 338-350. DOI: 10.1037/int0000340.
- Porges S.W. (2012). *The Brain-Body Center Sensory Scales (BBCSS)*. The Brain-Body Center. Chicago: University of Illinois.
- Ritvo R.A., Ritvo E.R., Guthrie D., Ritvo M.J., Hufnagel D.H., McMahon W., ... & Eloff J. (2011). The Ritvo Autism Asperger Diagnostic Scale-Revised (RAADS-R): a scale to assist the diagnosis of autism spectrum disorder in adults: an international validation study. *Journal of autism and developmental disorders*, 41(8): 1076-1089. DOI: 10.1007/s10803-010-1133-5.
- Robertson A.E. & Simmons D.R. (2013). The Relationship between Sensory Sensitivity and Autistic Traits in the General Population. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 43(4): 775-84. DOI: 10.1007/s10803-012-1608-7.
- Robertson C.E. & Baron-Cohen S. (2017). Sensory perception in autism. *Nature Reviews Neuroscience*, 18(11): 671-684. DOI: 10.1038/nrn.2017.112.
- Rutgers A.H, Bakermans-Kranenburg M.J., van Ijzendoorn M.H., van Berckelaer-Onnes I.A. (2004). Autism and attachment: a meta-analytic review. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45(6): 1123-1134. DOI: 10.1111/j.1469-7610.2004.t011-00305.x.
- Singer J. (2017). *Neurodiversity: the birth of an idea*. [Self Published].
- Soldati L., Bianchi-Demicheli F., Schockaert P., Köhl J., Bolmont M., Hasler R. & Perroud N. (2020). Sexual function, sexual dysfunctions, and ADHD: A systematic literature review. *The Journal of Sexual Medicine*, 17(9): 1653-1664. DOI: 10.1016/j.jsxm.2020.03.019.

- Sonfelianu A., González-Sala F. & Lacomba-Trejo L. (2025). Exploring Attachment in Adults With Autism Spectrum Disorder: A Systematic Review. *Actas espanolas de psiquiatria*, 53(4): 813-838. DOI: 10.62641/aep.v53i4.1928.
- Sonuga-Barke E.J. (2005). Causal models of attention-deficit/hyperactivity disorder: from common simple deficits to multiple developmental pathways. *Biological psychiatry*, 57(11): 1231-1238.
- Tavassoli T., Hoekstra R.A. & Baron-Cohen S. (2014). The Sensory Perception Quotient (SPQ): development and validation of a new sensory questionnaire for adults with and without autism. *Molecular Autism*, 5: 29. DOI: 10.1186/2040-2392-5-29.
- Tervalon M. & Murray-García J. (1998). Cultural Humility Versus Cultural Competence: A Critical Distinction in Defining Physician Training Outcomes in Multicultural Education. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 9(2): 117-125. DOI: 10.1353/hpu.2010.0233.
- Torralbas Ortega J., Roca J., Coelho Martinho R., Orozko Z., Sanromà Ortiz M. & Valls Ibáñez V. (2023). Affectivity, sexuality, and autism spectrum disorder: Qualitative analysis of the experiences of autistic young adults and their families. *BMC Psychiatry*, 23: 858. DOI: 10.1186/s12888-023-05380-w.
- Turner D., Gregório Hertz P., Biedermann L., Barra S. & Retz W. (2024). Paraphilic fantasies and behavior in attention deficit/hyperactivity disorder and their association with hypersexuality. *International Journal of Impotence Research*. DOI: 10.1038/s41443-024-00891-w.
- Vogel E.A., Romm K.F., McMaughan D.J., LoParco C.R., Bhanot P., Cavazos-Rehg P.A., Szlyk H., Kasson E. & Berg C.J. (2025). Neurodivergence, minority stress, and tobacco use in a sample of US sexual and gender minoritized young adults. *Substance Use & Addiction Journal*, 46(4): 939-949. DOI: 10.1177/29767342251338946.
- Wylock J.-F., Borghini A., Slama H. & Delvenne V. (2023). Child attachment and ADHD: A systematic review. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 32(1): 5-16. DOI: 10.1007/s00787-021-01773-y.
- Yew R.Y., Hooley M. & Stokes M.A. (2023). Factors of relationship satisfaction for autistic and non-autistic partners in long-term relationships. *Autism*, 27(8): 2348-2360. DOI: 10.1177/13623613231160244. Epub ahead of print. PMID: 36924337; PMCID: PMC10576901.
- Young S. & Cocallis K. (2023). A systematic review of the relationship between neurodiversity and psychosexual functioning in individuals with Autism Spectrum Disorder (ASD) or Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD). *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 19: 1379-1395. DOI: 10.2147/NDT.S319980.



Carla Iuliano. *Sessualità: corpo, relazione e trauma: strumenti clinici di psicoeducazione, assessment e psicoterapia cognitiva integrata con EMDR per il trattamento delle problematiche sessuali*. Giovanni Fioriti Editore, 2025

In un periodo storico in cui è ancora acceso il dibattito sull'opportunità o meno di proporre l'educazione sessuale nelle scuole statali italiane, Carla Iuliano pubblica (con Giovanni Fioriti Editore) un contributo scientifico prezioso e coraggioso. Il suo libro *Sessualità: corpo, relazione e trauma* propone strumenti clinici, di psicoeducazione, assessment e psicoterapia cognitiva integrata con EMDR per il trattamento delle problematiche sessuali. Il volume rappresenta un significativo apporto nel panorama della sessuologia clinica italiana e internazionale, in un contesto in cui la letteratura sulla sessualità tende a polarizzarsi tra manuali di taglio medico-fisiologico e testi di matrice più psicosociale, l'opera di Iuliano si distingue per il suo approccio integrato che mantiene il rigore scientifico e utilizza una prospettiva cognitiva e comportamentale.

Il libro si colloca nel solco di una riflessione contemporanea sulla sessualità come esperienza complessa e multidimensionale: non soltanto funzione biologica, ma anche fenomeno psicologico, relazionale e identitario. Attraverso questa lente, l'autrice propone una lettura delle difficoltà sessuali che va oltre la mera diagnosi descrittiva, collegando il sintomo alle dinamiche del trauma, del corpo e del legame con l'altro.

La prima parte del volume è dedicata a una riflessione sulla sessualità come esperienza incarnata. Il corpo non è qui inteso come semplice veicolo fisiologico, ma come luogo di iscrizione del piacere, del desiderio e delle ferite traumatiche. Iuliano sottolinea come il trauma – in particolare quello relazionale precoce, ma anche gli eventi traumatici acuti – possa interferire con l'esperienza sessuale, producendo

Quaderni di Psicoterapia Cognitiva (ISSNe 2281-6046), n. 57/2025
DOI: 10.3280/qpc57-2025oa23135

sintomi come dolore, evitamento, anorgasmia, perdita del desiderio o difficoltà erettili. L'interessante connessione tra neurobiologia del trauma e disfunzioni sessuali consente al lettore di comprendere come meccanismi quali l'iperattivazione, la dissociazione e l'alterazione del sistema di attaccamento possano tradursi in difficoltà sessuali persistenti.

Un secondo nucleo centrale del libro riguarda la dimensione relazionale. La sessualità non è un'esperienza isolata ma è profondamente legata al rapporto con il partner e al contesto affettivo. L'autrice esplora come i modelli di attaccamento, le aspettative reciproche e le dinamiche comunicative possano amplificare o ridurre le problematiche sessuali. In questa prospettiva, il lavoro clinico non si limita al trattamento del sintomo individuale, ma si apre a un approccio di coppia, in cui psicoeducazione e tecniche di regolazione emotiva diventano strumenti fondamentali per ristabilire un dialogo intimo e non giudicante.

Il cuore operativo del volume è rappresentato dalla sezione sugli strumenti clinici: l'autrice propone schede, griglie di assessment, protocolli di psicoeducazione e interventi terapeutici specifici. Si tratta di un materiale estremamente utile per il lavoro clinico, poiché fornisce linee guida chiare su come valutare le problematiche sessuali, esplorarne le radici traumatiche e impostare un percorso terapeutico mirato. Particolarmente interessante è l'integrazione con l'EMDR, applicato in modo sistematico alle problematiche sessuali: non solo come trattamento del trauma in generale ma come strumento per rielaborare esperienze traumatiche direttamente connesse alla sessualità.

Il libro si distingue per almeno tre motivi fondamentali. In primo luogo, l'approccio integrato: Iuliano costruisce un modello coerente che tiene insieme corpo, mente e relazione. L'attenzione al trauma e il cognitivismo come cornici interpretative aggiungono profondità e rendono il testo particolarmente attuale, in linea con la crescente consapevolezza clinica dell'impatto che gli eventi di vita più significativi hanno sul funzionamento psicologico globale.

In secondo luogo, la dimensione pratica: non si tratta solo di un testo teorico, ma di un manuale operativo che offre strumenti immediatamente spendibili nell'ambito terapeutico. Le schede di assessment e gli interventi proposti sono descritti con chiarezza, con un linguaggio accessibile anche ai professionisti che non hanno una lunga esperienza in sessuologia clinica.

Infine, va segnalata l'integrazione con l'EMDR che, pur essendo ormai ampiamente validato per il trattamento del PTSD e di altre condizioni cliniche, raramente viene applicato in modo organico al campo della sessuologia. L'autrice così apre scenari di ricerca e pratica clinica che arricchiscono la psicoterapia sessuale di nuove possibilità.

Globalmente il volume colpisce per completezza e chiarezza. La scrittura è scientifica, tecnica e scorrevole, e l'alternanza tra teoria e strumenti pratici rende il testo fruibile sia per i professionisti esperti sia per coloro che si avvicinano per la prima volta al lavoro clinico con problematiche sessuali. La sensibilità con cui vengono trattati i temi del trauma e della sessualità – due aree delicate e spesso stigmatizza-

te – contribuisce a creare un clima di rispetto e serietà, lontano da banalizzazioni o pregiudizi.

Un possibile limite del libro potrebbe risiedere nella complessità del modello integrato: se da un lato rappresenta una ricchezza, dall'altro richiede al lettore una certa conoscenza sia della sessuologia che dell'EMDR, nonché delle basi neurobiologiche e cognitive del trauma. Chi non possiede queste competenze può avvertire la necessità di approfondire la sua formazione. Si tratta tuttavia non di un limite dell'opera in sé, quanto piuttosto un invito ad accrescere ulteriormente la propria formazione professionale per poterne trarre maggiore beneficio.

In sintesi, *Sessualità: corpo, relazione e trauma* di Carla Iuliano è un testo di riferimento per chiunque si occupi di sessuologia clinica, psicoterapia e trattamento del trauma. L'opera unisce scientificità e concretezza clinica, proponendo un modello innovativo e ben strutturato. La lettura risulta stimolante non solo per psicoterapeuti ed esperti di sessuologia, ma anche per medici, psichiatri, educatori e professionisti della salute che si confrontano con le difficoltà sessuali dei pazienti.

Il libro invita a ripensare la sessualità come spazio di incontro tra corpo, mente e relazione, e soprattutto come luogo in cui il trauma può lasciare cicatrici profonde, ma anche aprire possibilità di guarigione. È un testo che restituisce dignità clinica e scientifica a un ambito spesso banalizzato, offrendo strumenti preziosi per chi desidera accompagnare i pazienti in un percorso di riscoperta della propria sessualità.

Cecilia La Rosa*

Simone Cheli. *L'animale che si credeva altro. Guida facile alla psicologia evoluzionistica in sette storie*. Giovanni Fioriti editore, 2026

Il testo di Simone Cheli si inserisce nel panorama della divulgazione psicologica esponendo i presupposti della psicologia evoluzionistica attraverso un linguaggio narrativo che, pur nella sua accessibilità, veicola assunti teorici di notevole rilevanza e interessanti sfumature. Il volume attinge infatti a una pluralità di riferimenti, che includono non solo la psicologia evoluzionistica, ma anche le neuroscienze, la teoria dell'attaccamento, la psicologia cognitiva e gli approcci ecologici e sistemici alla mente.

Il testo non si limita tuttavia a un lessico psicologico o antropologico, ma si configura come un percorso che, nella ricerca di un significato condiviso della variabilità e dell'ecologia della mente, richiama ambiti disciplinari diversi tra cui la biologia evoluzionistica, la filosofia, l'antropologia e la teoria dei sistemi. In particolare, il riferimento ai processi di adattamento e al cosiddetto *mismatch* evolutivo rinvia di-

* Psichiatra, Psicoterapeuta, Didatta SITCC, Scuola di Psicoterapia Training School; e-mail: larosacecilia@gmail.com.

rettamente al paradigma darwiniano (Darwin, 1872), mentre la riflessione sulla costruzione del significato – evidente anche nel capitolo dedicato alla schizofrenia – si colloca al confine tra psicologia, filosofia ed epistemologia.

Attraverso sette storie che affrontano temi quali ansia, relazioni e identità, l'autore guida il lettore verso una lettura dimensionale della sofferenza psicologica. L'introduzione al volume prende avvio da una condivisione autobiografica: il racconto di un bambino che osserva il variare della natura tra un continente e un altro e che, nel tempo, trasforma tale esperienza in una curiosità scientifica. Questa prospettiva si ritrova poi nell'autore adulto, clinico e osservatore, che mantiene uno sguardo esplorativo rivolto tanto al mondo naturale osservato (come quello delle cince) quanto alla dimensione interna dell'esperienza umana. È proprio questa attitudine a orientare l'intero impianto del libro, configurandosi come un approccio che evita il riduzionismo e si propone come ricerca di senso più che come semplice classificazione.

La cornice di riferimento è la prospettiva evoluzionistica che consente di interpretare emozioni e comportamenti come esiti di processi selettivi (Darwin, 1872). Darwin è il vero protagonista del testo: è lo scienziato che introduce concetti importanti; è l'uomo che vive dilemmi relazionali e creativi; è il paziente che, nella stanza immaginaria del Cheli terapeuta, promuove e permette l'evoluzione della sua stessa teoria inserendola in un contesto sociale, culturale, familiare e biologico.

Uno dei temi caldi di Darwin, la distinzione tra selezione naturale e selezione sessuale, non viene proposta come schema esplicativo rigido, ma come chiave interpretativa capace di illuminare livelli differenti del funzionamento umano: da un lato i sistemi orientati alla sopravvivenza, dall'altro le dinamiche legate al riconoscimento sociale, alla posizione nel gruppo e alla regolazione delle relazioni. In questa direzione, il testo suggerisce come molte configurazioni psicologiche possano essere comprese alla luce di pressioni evolutive che non operano in modo univoco.

Come nel caso della coda del pavone, un tratto può risultare svantaggioso sul piano della sopravvivenza ma vantaggioso in termini di successo riproduttivo. Sul piano psicologico, ciò implica che alcune caratteristiche della personalità, come la sensibilità alla valutazione sociale o la tendenza all'ipercontrollo, possano configurarsi come esiti di compromessi evolutivi, nei quali coesistono risorse e vulnerabilità. In questo senso, il testo contribuisce a mettere in discussione una concezione lineare dell'adattamento, mostrando come l'evoluzione operi attraverso equilibri instabili piuttosto che attraverso soluzioni ottimali.

Questa logica trova una declinazione particolarmente significativa nel capitolo dedicato al principio di minimizzazione del rischio, in cui l'autore mette a confronto comportamento umano e animale. Le strategie di evitamento vengono qui interpretate non come segni di disfunzione, ma come esiti di sistemi evolutivi orientati a ridurre la probabilità di perdita piuttosto che a massimizzare il guadagno. Il confronto con il mondo animale consente di evidenziare la continuità tra specie, mostrando come anche nell'essere umano molte scelte siano guidate da logiche di protezione.

In questa prospettiva, il funzionamento psicologico umano viene inoltre ricondotto all'evoluzione del cosiddetto cervello sociale. Il riferimento ai Neanderthal consente di collocare tali dinamiche all'interno di una traiettoria evolutiva in cui la sopravvivenza dipendeva in larga misura dalla qualità delle relazioni e dalla coesione del gruppo. La dimensione relazionale appare dunque come un elemento strutturale del funzionamento umano.

Nel prosieguo del volume emerge così un modello tripartito della personalità articolato attorno a tre dimensioni: la minaccia, la relazione e il significato. All'interno di questa cornice, l'autore descrive tre possibili traiettorie del funzionamento psicologico, riconducibili a modalità affiliative, difensive e distanzianti, presentate nel testo come stili interpersonali che organizzano il rapporto con sé, gli altri e il contesto. Più che categorie rigide, tali traiettorie si configurano come modalità dinamiche di funzionamento, che assumono significato in relazione alle condizioni in cui si attivano e che contribuiscono a delineare sia i processi adattivi sia le forme della sofferenza psicologica. In questo senso, la proposta teorica, ancora in fase di elaborazione, si presenta come un tentativo di integrare prospettiva evoluzionistica, lettura clinica e complessità relazionale.

Un passaggio particolarmente significativo è rappresentato dal capitolo dedicato alla vergogna, in cui l'autore assume il ruolo del clinico, e attraverso il Darwin paziente, evidenziandone tratti di perfezionismo e sensibilità alla valutazione sociale, al fine di spiegare la vergogna come emozione profondamente radicata nei sistemi relazionali, dotata di una funzione adattativa nella regolazione della posizione sociale e nel mantenimento dell'appartenenza al gruppo.

In continuità con questa lettura, nelle narrazioni dedicate alle relazioni emerge anche il riferimento a modalità di regolazione più comprensive e meno giudicanti, che possono essere ricondotte a processi di *compassion* (Gilbert, 2009), intesi come dispositivi capaci di modulare l'attivazione emotiva e favorire l'integrazione tra i diversi livelli dell'esperienza. In linea con quanto sottolineato da Petrocchi nella prefazione, risulta evidente come il paradigma evoluzionista sia di base compassionevole, riconoscendo e accogliendo diversità, comunità, continuità.

Il capitolo sulla schizofrenia rappresenta uno dei momenti in cui la proposta dell'autore mostra maggiore capacità esplicativa. I fenomeni psicotici vengono qui interpretati come esiti estremi di processi evolutivamente funzionali, in particolare della tendenza a costruire connessioni e significati. In questa prospettiva, la perdita di contatto con la realtà può essere letta come una deriva di funzioni originariamente adattative (Panksepp, 2012), piuttosto che come una semplice rottura patologica.

È proprio in questo passaggio che emerge con maggiore chiarezza la dimensione clinica del testo. Si potrebbe parlare, in questo senso, di una sorta di "Darwin in seduta", uno sguardo che consente di rileggere la sofferenza non come errore, ma come espressione di una traiettoria evolutiva. Tale prospettiva non ha soltanto valore esplicativo, ma introduce implicitamente un atteggiamento terapeutico orientato alla comprensione piuttosto che alla correzione.

Nel finale, in una prosa più distesa rispetto all'andamento talvolta impegnativo del testo, si apre una concezione ecologica della mente, in cui i processi psicologici vengono considerati all'interno di configurazioni relazionali e contestuali più ampie. In questo quadro, il *mismatch* evolutivo funge da concetto ponte tra dimensione biologica e ambiente, mostrando come sistemi adattivi possano risultare disfunzionali in contesti contemporanei e come sia proprio nella variabilità tra sistemi diversi che si aprono possibilità di adattamento, equilibrio, trasformazione.

Nel complesso, il volume si configura come un contributo che propone una visione della mente articolata e interdisciplinare. Il riferimento al paradigma evolucionistico non si traduce in una riduzione della complessità, ma viene utilizzato come chiave di lettura capace di mettere in relazione dimensione biologica, processi relazionali e costruzione del significato. In questa prospettiva, il richiamo al modello *One Health*, esplicitamente evocato nell'ultimo capitolo, si intreccia con la metafora dell'"animale che si credeva altro", offrendo una sintesi particolarmente efficace dell'intero costruito del libro. L'essere umano, infatti, non solo costruisce narrazioni che lo portano a percepirsi come separato dal mondo animale, ma tende anche a dimenticare la propria appartenenza a sistemi ecologici e relazionali più ampi, nei quali salute, ambiente e relazioni risultano strettamente interconnessi. Questa metafora ricorda come riconoscersi "animale" significhi riconoscersi parte di una rete e, con essa, negli equilibri che la sostengono: una prospettiva all'interno della quale anche la sofferenza psicologica può essere compresa come esito dell'interazione dinamica tra variabili biologiche, relazionali e ambientali.

Riferimenti bibliografici

- Cheli S. (2026). *L'animale che si credeva altro. Guida facile alla psicologia evoluzionistica in sette storie*. Roma: Giovanni Fioriti editore.
- Darwin C. (1872). *The expression of the emotions in man and animals*. London: Murray (trad. it.: *L'espressione delle emozioni negli animali e nell'uomo*. Torino: Bollati Boringhieri, 2014).
- Gilbert P. (2009). *The compassionate mind: A new approach to life's challenges*. Oakland: New Harbinger.
- Panksepp J., Biven L. (2012). *The archaeology of mind: Neuroevolutionary origins of human emotions*. New York: Norton (trad. it.: *Archeologia della mente. Origini neuroevolutive delle emozioni umane*. Milano: Cortina, 2014).

Verena Balbo*

* Centri Clinici Tages o Tages Onlus Firenze, via della torretta 14 – 50136 Firenze; e-mail: Verena.balb@centriclinicitages.it.

Isabella Cardani, Marta Rizzi, Giorgio Rezzonico (a cura di). *Gli albi illustrati nella pratica clinica*. FrancoAngeli, 2025

«Nell'incontro con l'altro, all'interno della stanza e della relazione terapeutica, l'albo illustrato rappresenta quindi una chiave di accesso a livelli impenetrabili e/o a punti ciechi; può rievocare memorie sensoriali, far riaffiorare ricordi, può permettere di abbattere sovrastrutture e di inerpicarsi in territori inesplorati di significati e sensazioni, agevolando la comunicazione tra le varie parti di sé. Può permettere di entrare in contatto con la sfera emotiva in modo, alle volte, irruento e brutale, e altre, delicato e gentile, agevolando l'intreccio e l'integrazione tra il piano sensoriale/corporeo, emotivo e cognitivo.»

Così Isabella Cardani, Marta Rizzi e Giorgio Rezzonico introducono questo volume e fanno scorgere al lettore la complessità e la forza dello strumento di cui racconteranno.

La prima parte approfondisce gli aspetti teorici, partendo dalle caratteristiche sensoriali dell'albo illustrato: parole e immagini, si potrebbe pensare, ma anche formato, carta, assenza di parole (come nei *silent book*), colori o pagine quasi tutte bianche; tutto questo trasporta la persona (di qualunque età) che sfoglia o ascolta un albo nell'esplorazione di ricordi noti, mai visti o immaginati che appartengono a lui e lui solo nella sua unicità e che può narrare, condividere e rinarrare all'interno dello spazio sicuro della relazione terapeutica.

Questo spazio è garantito anche dalla cura che le autrici raccomandano nella scelta degli albi da proporre, che non è improvvisazione, ma, appunto, una scelta che passa innanzitutto dalla profonda conoscenza dell'albo e delle corde che pizzica nel terapeuta stesso che, nella cornice cognitivo-costruttivista relazionale, è strumento di lavoro nella relazione. Con tale consapevolezza e attenzione a sé e all'altro, nella stanza di terapia l'immaginazione sollecitata dall'albo permette l'accesso a nuovi significati e a una conoscenza più profonda degli aspetti identitari. Inoltre, come evidenzia Giorgio Rezzonico, consente l'accesso a profondi nuclei di sofferenza e permette di avvicinarsi con delicatezza a vissuti perturbanti.

A chiusura della parte dedicata alla teoria, Riccardo M. Martoni e Fabio A. P. Furlani orientano il lettore all'interno della prospettiva costruttivista, mostrando che «se *conoscere*, dunque, equivale in maniera profonda ed esistenziale a *essere*, ovvero a prendere parte attivamente alla costruzione del reale, *immaginare* equivale a *respirare*, cioè a rendere vitale, possibile l'essenza stessa del vivere». Con questa premessa e con la mappa del modello tassonomico di Anna Abraham (2016), accolgono il lettore nella propria stanza di terapia, raccontando come l'uso degli albi illustrati nel lavoro con il paziente grave possa facilitare la processualità dell'immaginazione, fino alla costruzione di pattern generativi o alla rielaborazione più profonda di quanto già noto. Viene descritto anche l'utilizzo dell'albo come perturbatore negli stati alterati di coscienza, a partire dalla scelta che il terapeuta fa di un certo albo in un dato momento proprio per quel paziente, fino a mostrare come questo strumento

sia un aiuto per lavorare nella complessità, allargando il campo a una molteplicità di traiettorie, lontano da linearità predeterminate.

La seconda parte del volume riguarda l'utilizzo degli albi nella pratica clinica, in cui le autrici con generosità, passione e profonda conoscenza della materia, raccontano delle proprie esperienze cliniche con bambini, adolescenti, adulti e coppie genitoriali, condividono il pensiero clinico che le ha guidate nella scelta degli albi (a titolo di esempio, nella consapevolezza dell'unicità e dell'irripetibilità dell'incontro che si genera tra paziente e terapeuta) e ne descrivono alcuni che sono stati individuati come "alleati" della relazione terapeutica.

Isabella Cardani, esperta di età evolutiva, mette in evidenza come l'utilizzo degli albi con i bimbi fin dall'età prescolare sia innanzitutto un modo per entrare in relazione e consenta poi di costruirla e consolidarla, incontrandosi sul piano della cooperazione in cui il bambino è parte attiva. Diviene così possibile esplorare vissuti, emozioni, relazioni, conoscere le sensazioni del corpo e i loro significati, trovare le parole per comunicare qualcosa che non aveva nome.

Marta Rizzi racconta invece della pratica clinica con gli adolescenti, in cui gli albi diventano un veicolo per stare in ambivalenze, incoerenze, destabilizzazioni tipiche di questa fase di vita, un ponte per sintonizzarsi con gli stati interni, un canale per entrare in comunicazione e co-costruire significati in terapia. Particolarmente importante con i pazienti di questa fascia d'età è la condivisione del senso dell'utilizzo degli albi, che diventa un momento per stare nella relazione, consolidarla, ascoltare risonanze.

Anche con gli adulti gli albi esprimono il grande potere di diventare finestre sul mondo e su di sé: ogni persona «contiene in sé galassie di sogni e di fantasmi, slanci inappagati di desideri e di amori, abissi di infelicità, immensità di glaciale indifferenza, l'infrangersi dell'odio, smarrimenti stupidi, lampi di lucidità e dementi burrasche» (Morin, 2000). All'interno di una relazione terapeutica co-costruita con cura, gli albi permettono di oltrepassare la barriera un po' irrigidita costituita da ciò che già si conosce di sé e del modo di osservare il mondo, consentono di allargare sguardo e respiro e conducono su registri portatori di preziose ricchezze.

L'ultimo capitolo è dedicato al lavoro con i genitori, dove il mondo del *come se*, in cui gli albi conducono, permette loro di avvicinarsi alle tematiche in cui si trovano immersi con i propri figli, in un modo distante dal giudizio e aperto ad accogliere letture ancora inesplorate. Cambiare il proprio punto di osservazione aiuta i genitori a scorgere nuovi significati e ad aumentare i gradi di libertà, costruendo un ambiente emotivo e relazionale più flessibile all'interno del sistema familiare.

Infine, le ultime pagine, non meno importanti, sono dedicate a una piccola "cassetta degli attrezzi" piena di titoli di albi illustrati con brevi narrazioni dei temi e dei personaggi di cui raccontano, così che se ne possa avere una panoramica e scegliere cosa cominciare a sfogliare, per appropriarsene.

Si chiude questo libro con la piacevole percezione di essere stati accompagnati e guidati in un viaggio alla scoperta di uno strumento potente e delicato allo stesso

tempo, di averne scorto gli effetti sui mondi interni delle persone che lo incontrano e con la sensazione di avere con sé una mappa tracciata con cura per poterci tornare prima da soli e poi con i propri pazienti.

Riferimenti bibliografici

Abrahm A. (2016). The imaginative mind. *Human Brain Mapping*, 37(11): 4197-4211. DOI: 10.1002/hbm.23300.

Morin E. (2000). *La testa ben fatta*. Milano: Raffaello Cortina Editore.

Elisa Morosi*

* Psicoterapeuta cognitivo costruttivista relazionale, co-trainer presso il CTC di Como; e-mail: elisa.morosi@centrocognitivo.it.



Quaderni di Psicoterapia Cognitiva è la rivista che dal 1996, raccoglie i contributi teorici e clinici dei professionisti (psicoterapeuti, psichiatri, psicologi clinici) che si riconoscono, da ormai quarant'anni, nella Società Italiana di Terapia Comportamentale e Cognitiva.

La rivista persegue diversi scopi: sicuramente far circolare l'informazione tra i soci, ma soprattutto accrescere la conoscenza e la comprensione dei differenti approcci presenti nella Società. Quest'ultimo dato rappresenta un'importante risorsa di una società scientifica e consente di proporre al lettore una visione da una parte ampia e dall'altra dettagliata dei molti temi trattati dal cognitivismo clinico con rilevanze ed enfasi modulate dalla diversità dei modelli all'interno di una condivisione di assunti di base, comuni.

Si può perciò affermare che *Quaderni di Psicoterapia Cognitiva* dia conto delle fasi di sviluppo dei modelli teorici e delle prassi cliniche nelle molteplici applicazioni in ambito cognitivista.

L'attenzione viene posta nel riportare riflessioni sul lavoro svolto, attraverso il confronto sulle strategie e procedure di intervento, elaborate nelle diverse aree psicopatologiche.

Tutto questo potrebbe essere definito, ambiziosamente, uno strumento di aggiornamento all'interno di una politica culturale condivisa.

Il progetto redazionale è complesso e ha anche il compito di facilitare il dibattito e la discussione tra le diverse anime del cognitivismo clinico ampiamente rappresentate nella comunità cognitivista italiana.

Un ulteriore scopo di *Quaderni di Psicoterapia Cognitiva*, infatti, riguarda la promozione del cognitivismo italiano che ha ormai, grazie alla presenza di professionisti che agiscono sulla base di conoscenze scientifiche rigorose solide e accettate dalla comunità internazionale, una comprovata tradizione clinica, teorica e di ricerca.
