

## IL SEMINARIO

# *La sessuologia nella clinica terapeutica. Un modello integrato.*

---

*Patrizia Minona\**

### *Abstract*

La sessualità, di per sé, per le sue stesse caratteristiche, rappresenta un'esperienza di integrazione.

Ragionando in ottica di unità e multidimensionalità della psicoterapia, si condivide una riflessione sul delicato rapporto tra Sessuologia e Psicoterapia. Il sintomo sessuale è più complesso e richiede al terapeuta competenze personali e capacità specifiche di trattare gli argomenti legati al sesso e di dialogare con professionisti e strumenti differenti.

La sessuologia nella psicoterapia va perciò ripensata all'interno di un approccio più ampio, circolare, multidisciplinare ed integrato nella teoria e nella prassi clinica.

*\*Patrizia Minona, Psicologa, Psicoterapeuta, Sessuologo Clinico. Fa parte del Gruppo di Ricerca Sessuologica dell'Università di Catania. Membro della Federazione Italiana di Sessuologia Scientifica (Fiss Giovani). Didatta del Centro Studi di Terapia Familiare e Relazionale presso la scuola di specializzazione in Psicoterapia Familiare e Relazionale CTR di Catania.*

*Abstract*

Sexuality, in itself, for its characteristics, represents an experience of integration. Reasoning from the perspective of unity and multidimensionality of psychotherapy, we share a reflection about the delicate relationship between Sexology and Psychotherapy. The sexual symptom is more complex and requires the therapist personal skills and specific skills to deal with issues related to sex and to dialogue with different professionals and tools.

Sexology in psychotherapy must therefore be rethought within a broader, circular, multidisciplinary and integrated approach in clinical theory and practice.

La sessualità rappresenta un'esperienza di integrazione: del sé, degli aspetti biopsicosociali che la compongono, dei vissuti corporei ed emotivi ad essa associati. Eppure, sebbene il corpo sia il simulacro di tutte le manifestazioni dell'individuo e sebbene riveli ampi significati e fattori di protezione e di rischio, il suo ruolo all'interno della psicoterapia relazionale è stato meno attenzionato così come il sesso. Questi due elementi sovente rimangono infatti sullo sfondo e sembrerebbero non trovare una facile collocazione nel processo terapeutico. E nonostante l'esperienza sessuale sia imprescindibile per comprendere l'individuo, nell'ambito della psicoterapia sistemica essa è stata quasi accarezzata con mano incerta da un terapeuta a volte privo di riferimenti dinanzi ad essa, confuso, quasi a disagio.

È come se il terapeuta si muovesse nelle stanze della mente del paziente cercando di illuminarne tutte le zone d'ombra e guidandolo nella rinarrazione di sé e della propria storia, alla ricerca di percorsi remoti e significati nuovi. Questa è la psicoterapia, esperienza relazionale unica ed irripetibile, che sana e lenisce.

Tra tutte le stanze, quella della sessualità però a volte resta sospesa perché sembrerebbe quasi inopportuno o pericoloso andarci. Il terapeuta sente di non voler rischiare di oltrepassare quella soglia perché si percepirebbe nel buio, troppo coinvolto? o forse poco esente da giudizio? Ad ogni modo, quella porta e tutte le sue diramazioni possibili, che spesso chiariscono le motivazioni sottostanti al problema psichico, restano circondate da lume spento, da ombre che offuscano ma anche da proprietà iridescenti.

Il paziente vuole che ci si vada ma non ha il coraggio di chiederlo e se non vede nel terapeuta la disponibilità ad addentrarsi nella sua sessualità, perdono entrambi un'occasione di rivelazione del sé, del problema, della terapia tutta.

Entrambi aspettano su quella soglia; il terapeuta non chiede ed il paziente indugia. Questo dialogo è dunque sordo, le voci sono flebili, la relazione è circoscritta.

Il rapporto così tra Sessuologia e Psicoterapia risulta anch'esso annebbiato da eccesso di discrezione, imbarazzo, o forse solo rigidità nel modello.

La clinica deve perciò, quanto prima, avviare un percorso di condivisione tra queste due inesauribili fonti di conoscenza poiché l'esperienza sessuale, il sintomo a carico della funzione sessuale e la dinamica della coppia sono tutti elementi interconnessi.

Appare così imprescindibile un dialogo tra differenti modelli: quello più mansionale ed integrato della moderna sessuologia e quello specificatamente relazionale dell'approccio sistemico.

Il corpo, del resto, è il primo confine che abbiamo ed è uno strumento comunicativo e di regolazione. La struttura corporea si adatta a quello che esperiamo nella vita di tutti i giorni e così come l'esperienza emotiva modifica i parametri corporei, allo stesso modo, le funzioni corporee modificano il nostro sentire e la nostra esperienza psichica. Il sesso attraversa il corpo e ne fa un interlocutore privilegiato, il corpo traduce, esprime, manifesta.

L'incontro tra Sessuologia e Psicoterapia è dunque un dialogo a più voci caratterizzato da un approccio multi sfaccettato ed onnicomprensivo. Quando si parla di sessuologia nella pratica psicoterapeutica si fa riferimento ad un nuovo modo di intendere la sessualità.

Oggi si parla di una nuova sessuologia, quella medica, data dall'integrazione dei saperi psicologico, sessuologico, medico.

Questo nuovo approccio permette di avere una visione completa dei comportamenti sessuali e delle motivazioni ad essi sottese e ci consente di intervenire adeguatamente attraverso prevenzione, diagnosi, trattamento e riabilitazione della funzione sessuale poiché la salute ed il benessere non vanno intesi solo come assenza di malattia.

Per tali motivi la modalità di intervento deve essere ampia, multidimensionale e multidisciplinare.

La terapia sessuologica nel corso del tempo è però andata incontro a diverse evoluzioni che ne hanno modificato la natura, l'espressione dell'intervento, il significato del sintomo ed il rapporto con le altre scienze.

La terapia sessuale di Master e Johnson, una terapia breve che consisteva in compiti sessuali da far svolgere alla coppia, privilegiava l'approccio comportamentale, guardava alla patologia sessuale come una patologia della coppia, prevedeva la compresenza di un terapeuta maschio ed una terapeuta femmina, l'uso della focalizzazione sensoriale, un programma di riabilitazione sessuale, la sollecitazione alla comunicazione continua tra i due partner per conoscere e condividere i propri desideri sessuali.

La prospettiva psicodinamica del modello di Kaplan andava oltre il trattamento focalizzato sul sintomo e si concentrava maggiormente sui fattori intrapsichici, sugli aspetti remoti e recenti, sulle relazioni di accudimento, sui meccanismi di difesa e sulla possibilità di combinare l'uso di prescrizioni ed in taluni casi psicoterapia.

La terapia mansionale integrata invece appare un approccio più strategico e breve, volto alla risoluzione del sintomo ed alla definizione della coppia. Prevede un'ampia fase diagnostica comportamentale, cognitiva e relazionale e diverse tappe della terapia, ognuna delle quali focalizzata su uno specifico aspetto sessuale e sull'uso delle mansioni sul piano non esclusivamente sessuale.

Oggi la sessuologia è una esperienza di integrazione che, attraverso il modello biopsicosociale, non guarda esclusivamente al sintomo sessuale come problema fisico o meramente biologico, piuttosto ne amplia il significato adottando un'ottica che potremo definire proprio relazionale.

Questa modalità nuova rappresenta l'approccio elitario per il trattamento della disfunzione sessuale ma allo stesso tempo anche un modo di intervento più funzionale sull'individuo, maggiormente risolutivo e più efficace.

Il rapporto tra psicoterapia e sessuologia si può avvalere oggi così di una nuova formula capace di tenere conto delle dinamiche più psicologiche, dei fattori comunicativi, delle componenti relazionali, delle esperienze corporee e mansionali e di una modalità di trattamento che sia multidisciplinare e varia sia nella teoria che nel processo terapeutico.

Il rapporto tra le due scienze era sempre stato caratterizzato da una netta distinzione di teoria e prassi. La psicoterapia si occupava della coppia, mentre i sessuologi si occupavano del sesso. Ecco allora che negli anni questa separazione d'intervento ha dato vita a due forme di terapia: quella della coppia e quella del sesso. Quasi a dire che le due cose fossero scisse o comunque non affrontabili simultaneamente. La distanza tra queste due forme di terapia si è fatta sempre più ampia negli anni tanto da creare dei terapeuti a volte impacciati su argomenti sessuali e dei sessuologi poco attenti alla coppia al di là della camera da letto e dalla valutazione specificatamente genitocentrica.

Come è stato possibile tenere separate queste due dimensioni dell'individuo così connesse? Ovviamente questa riflessione non vuole essere una generalizzazione ma

sicuramente è ben evidente dai dati della letteratura e della pratica clinica che i contributi anche in ambito sistemico siano minori. Abbiamo nomi eccellenti come Maria Grazia Cancrini e Lieta Harrison, come Ulrich Clement, David Schnarch, solo per citarne qualcuno. Ognuno di loro, nella stanza di terapia, ha aperto la porta alla sessualità e ha enfatizzato il ruolo del sesso nella dinamica della coppia come qualcosa che non solo va attenzionato ma anche utilizzato come strumento di intervento poiché i comportamenti sessuali disfunzionali possono essere causa ed effetto del malessere.

Ecco allora che oggi possiamo vedere un nuovo modo di intervenire sul singolo e sulla coppia che sia complesso e che tenga conto di tutte le dimensioni possibili che hanno a che fare con la relazione sessuale.

La psicoterapia relazionale ha bisogno del sesso ed il sesso ha bisogno della circolarità e del pensiero sistemico. La linealità con cui a volte si è gestito il problema sessuale deve cedere il passo ad una lettura relazionale del problema in cui l'individuo torna centrale insieme al suo contesto che, come sappiamo, fissa il significato.

La psicoterapia sistemica deve poter oggi integrare maggiormente nella prassi clinica elementi specificatamente sessuali. Il terapeuta deve poter guardare dal buco della serratura senza indugi, chiedendo esplicitamente alla coppia o al singolo informazioni sulla sessualità soprattutto quando in seduta nessuno fa riferimento al rapporto fisico. Attraverso una formazione specifica in ambito sessuologico ci si dovrebbe esercitare dunque nel possedere quella che viene definita una *sexpertise* intesa come capacità di trattare gli argomenti legati al sesso.

La funzionalità sessuale è del resto un costrutto relazionale. Già negli anni '70 Masters e Johnson aprivano allo scenario relazionale dando una chiara definizione del concetto di disfunzione sessuale: “[...] *La disfunzione sessuale è in realtà problema dell'unità coniugale e non va mai considerata come una faccenda riguardante il marito o la moglie soltanto.*” (Masters e Johnson, 1970)

Questa analisi del sintomo ci fa capire come il problema a carico della sessualità non sia solo qualcosa che riguarda l'individuo, piuttosto concerne la relazione nel suo insieme. Ciò che occorre osservare è la coppia stessa nelle sue dinamiche e in riferimento ai contesti.

E dato che i sintomi hanno un'eziologia multicausale, per poter comprendere a pieno ciò che accade, occorre andare oltre il mal funzionamento d'organo e occorre muoversi all'interno di differenti approcci e strumenti, contemporaneamente.

Lo schema terapeutico va dunque reinterpretato alla luce di una dimensione integrata su più ordine di livelli.

Il ciclo di vita, il processo di individuazione e svincolo, il legame di attaccamento, i modelli interiorizzati circa gli aspetti coniugali e genitoriali sono tutti elementi che concorrono allo sviluppo di una sessualità matura, genitale, soddisfacente. Trame di lealtà e miti familiari influenzano il nostro modo di essere nella relazione sessuale e incidono anche sul modello di sessualità percepito ed agito, sull'attribuzione di ciò che riteniamo femminile e maschile, sui nostri processi di separazione, sul desiderio, sul concetto di intimità e molto altro ancora.

Tutti questi fattori agiscono come forze capaci di generare in un certo senso copioni sessuali transgenerazionali. Alcuni schemi di comportamento sessuale vengono reiterati nelle generazioni successive e rischiano di limitare l'accesso ad una sessualità matura, libera, soddisfacente. Trame e forze così scrivono una storia sessuale nel corso delle generazioni e possono determinare, tenendo conto però degli aspetti circolari, una maturità sessuale non compiuta. Ecco allora che una disfunzione sessuale, pensiamo al vaginismo, potrebbe rappresentare molto di più della semplice contrazione del terzo esterno della vagina; andrebbe invece incorniciata all'interno di una storia familiare dove la sessualità è bandita o percepita come brutta e cattiva, dove le relazioni familiari sono tendenzialmente invischiate, dove il legame genitore-figlio è ombelicale ed infantile, dove la scelta del partner ricade su uomini che hanno lo stesso rapporto viscerale con la famiglia di origine, spesso bloccati nel loro ciclo di vita e poco fieri della propria mascolinità, insicuri, timorosi della loro non salda erezione e dalla incerta performance sessuale. Il processo terapeutico allora, è ben evidente, dovrà tenere conto sin dal principio del sintomo sessuale ma dovrà trascendere lo stesso avviando un percorso di significazione della patologia sessuale in chiave relazionale e sistemica. Quindi, per poter parlare di una sana sessualità, occorre tenere presente il ciclo di maturazione dell'individuo compresi i suoi processi di individuazione e di svincolo. Quando il paziente giunge in stanza di terapia e ci narra delle sue problematiche sessuali spesso queste, in quanto espressione sintomatica di un problema più

ampio, vengono trascurate per permettere di gettare le basi del processo terapeutico e quindi ci si attarda rispetto a quello che il paziente riferisce come problema principale o di immediata ed auspicabile risoluzione. A volte la tempistica necessaria ai fini della ricostruzione della storia personale e della comprensione piena del malessere rischia di far sentire il paziente poco compreso e di aumentare l'angoscia derivante da un vissuto sessuale doloroso ed invalidante. Dunque il focus primario deve essere invece il trattamento del sintomo sessuale e come riferisce Luigi Cancrini nella prefazione del libro "Il genogramma sessuale": *"mantenere la propria indagine su temi che chi chiede aiuto sente attinenti al suo vissuto di difficoltà permette di stabilire una alleanza terapeutica molto più solida di quella che si stabilisce ricostruendo una storia che li ignora e che viene vissuta come astratta nel momento in cui troppo acuta è la sofferenza o l'umiliazione che al sintomo direttamente si collegano"*. (in Giommi, Lenzi, 2021)

La psicoterapia sistemica, in qualità di approccio complesso, per la visione circolare del mondo, per il concetto stesso di relazionale, può essere un modello importante che può agire su diversi fronti in seno alla Sessuologia. Un campo privilegiato poiché i problemi di coppia non possono mai essere bypassati nei disturbi sessuali e la modalità con la quale l'approccio sistemico guarda, scruta, individua ed interviene, se associata ad una multidisciplinarietà di teorie e prassi, può rappresentare un modello di studio più comprensivo della sessualità umana.

Occorre individuare delle forme di collaborazione tra diversi professionisti che guardano da angolazioni differenti alla sessualità umana ed ampliare gli strumenti afferenti da diversi orientamenti perché, come sostiene Luigi Cancrini, "la Psicoterapia è una".

L'impotenza ed il timore di sembrare inadeguati, il blocco nell'intimità, la paura della perdita del controllo delle proprie sensazioni, la percezione di non essere adeguatamente performanti, la difficoltà a entrare in relazione con l'altro ed il timore di essere fagocitati, la difficoltà a lasciarsi andare ed a raggiungere l'orgasmo, la paura del dolore, sono solo alcune delle difficoltà che spesso si vedono in stanza di terapia. Per di più ognuna di esse ha degli elementi ben manifesti ed espliciti ed altri nascosti, impliciti, inconsapevoli. Per poterne cogliere i nessi e dare avvio ad un trattamento ristrutturante e risolutivo, avvalendosi di un sessuologo per l'intervento specifico, dobbiamo sviluppare quella che viene definita una *sexual*

*interviewing skin* per vedere quanto sesso possiamo tollerare in seduta ed affinché i pazienti possano esprimere in maniera più diretta, sincera ed aperta i problemi e le aspettative circa la loro relazione da un punto di vista sessuale ed emotivo.

La stanza di terapia deve dunque prevedere una integrazione tra professionisti, saperi e strumenti. Al suo interno, in momenti diversi ed a volte anche nella stessa seduta, che chiamo seduta multipla, possono dialogare diversi specialisti affinché la presa in carico sia multifocale ed affinché il paziente possa sentirsi compreso da differenti punti di vista (l'iridescenza di cui parlavo prima). Il paziente sente il bisogno di trovare una matrice biologica del suo problema, infatti questa in alcuni casi addirittura rassicura e, quando gli aspetti medici non sono coinvolti, il paziente si sente smarrito, inadeguato, incapace di fronteggiare una problematica simile (quasi a dire che se il problema è psicologico è pure peggio). Questa strategia difensiva è spesso presente e diventa materiale su cui lavorare. Per tale motivo, ritengo indispensabile sin dal principio una valutazione multidisciplinare della sintomatologia sessuale che possa chiarire la connessione di fattori costituzionali e di sviluppo, di evenienze che possono aver comportato l'insorgenza, l'acutizzazione ed il permanere della difficoltà sessuale e di elementi specifici legati al contesto.

Anche per quel che concerne l'anamnesi psicosessuologica bisogna tenere conto già in prima battuta dei differenti livelli di integrazione, così la raccolta precisa e puntuale degli aspetti sessuali riguarderà evenienze recenti e passate ed il processo di ipotizzazione e di validazione del significato del sintomo si effettuerà da un punto di vista intrapsichico e relazionale. Per valutazione integrata del sintomo si intende un dialogo/confronto con altri professionisti per escludere una matrice essenzialmente medica e per creare un processo di intervento globale.

La sessuologia nella clinica terapeutica integrata tiene conto della storia medica, sessuale e psicosociale del paziente, dell'*assessment* di fattori predisponenti, precipitanti, di mantenimento e contestuali dall'età evolutiva al funzionamento attuale e si avvale di esami specifici per la valutazione medica del problema sessuale.

Lo psicoterapeuta deve imparare a parlare di sesso e, avvalendosi della figura del sessuologo come esperto in materia, deve considerare le funzioni e le rappresentazioni del maschile e femminile, la vita ed il comportamento sessuale del

paziente o della coppia, l'identità di genere, l'orientamento sessuale, i miti sulla sessualità, le modalità esclusive di piacere sessuale, le ricorsività e la cultura sessuale trasmessa dagli altri significativi, i segreti, i traumi, gli abusi, la qualità di vita e della funzione sessuale, le esperienze sessuali infantili e le cosiddette prime volte, il rapporto con l'autoerotismo, le fantasie sessuali e molto altro ancora.

Deve potersi muovere tra passato e presente all'interno di una storia sessuale che parte dal sintomo e si muove oltre esso. Qual è il problema? Quando è cominciato? Con quale frequenza si verifica? In quali circostanze? Con quali modalità? Sono solo alcune delle domande che necessitano di avere delle risposte per creare una cornice ampia e complessa e per fare sentire il paziente preso in carico nella sua emergenza.

Comprendere quale significato ha il sintomo sessuale per il paziente e quale secondo lui per il suo partner e quali sentimenti sono associati ad esso, può farci accedere a dinamiche di coppia sottese e congelate poiché talvolta il sintomo stesso ha la funzione di proteggere la coppia dal dover affrontare un altro problema considerato più angosciante, penoso, indicibile.

In ambito sessuologico l'integrazione del modello prevede l'uso di farmaci, momenti di consulenza tra diversi professionisti (ginecologo, andrologo, fisioterapista), interventi psicoterapeutici con differenti orientamenti (cognitivo-comportamentale, sistemico-relazionale, psicodinamico), la prescrizione di mansioni, l'uso di tecniche di rilassamento e di esperienze corporee.

Lo psicoterapeuta sistemico può avvalersi di differenti strumenti che non provengono da una unica scuola di pensiero. Sono piuttosto strumenti a livello comportamentale, cognitivo, e relazionale che permettono di comprendere e migliorare la conoscenza di sé, dell'altro, di sé tramite l'altro, del piacere e dell'intimità. Tra questi si annoverano: la sperimentazione, le focalizzazioni sensoriali, la psico-educazione, le strategie di comunicazione, il genogramma sessuale, etc...

Si lavora dunque sul corpo e sulla risposta sessuale attraverso esperienze/prescrizioni da fare a casa, sui pensieri, sulle emozioni e sulle fantasie legate all'esperienza del piacere, sul riconoscimento del valore relazionale e circolare del proprio comportamento e sulla interazione sessuale.

Attraverso la prospettiva sistemica e l'approccio sessuologico possiamo ampliare il significato del sintomo, possiamo incrementare gli strumenti a nostra disposizione, possiamo spostare il focus dall'individuo alla relazione, dagli aspetti puramente intrapsichici a quelli relazionali ed interpersonali, da un intervento sempre uguale ad uno ad personam, dal comportamento del singolo alle interazioni di coppia, dal sesso alla relazione e dalla relazione al sesso.

I problemi sessuali vanno sempre visti dunque come difficoltà relazionali. Per tale motivo ritengo fondamentale che il terapeuta aggiunga alla stanza di terapia la camera da letto!

Andando oltre il concetto di intimità ed affettività per arrivare all'erotismo ed al puro sesso.

L'obiettivo della terapia consisterà nell'avviare un processo di differenziazione che permetta al singolo di autodeterminarsi e di proseguire nel suo ciclo di vita portando a termine i vari compiti di sviluppo, anche sessuali. Rispetto alla sessualità, il compito specifico del terapeuta sarà quello di mantenere una sospensione del giudizio e delle sue convinzioni circa il concetto di buona sessualità per favorire, nel paziente, l'affermazione di un approccio al sesso personale, soggettivo, del tutto originale, unico. Clinicamente ed eticamente il terapeuta dovrà andare oltre i propri confini rispetto al sesso e oltre quello che riguarda una sessualità diciamo convenzionale. L'atteggiamento quasi psicoeducativo su una sessualità che secondo noi è lecita dovrà lasciare il posto per il paziente all'affermazione di sé e del proprio originale repertorio sessuale, libero ed anche inconsueto.

Ricordiamoci che non dobbiamo fare la cosa giusta ma la cosa utile e che il benessere del paziente si serve di ideali differenti e di ipotetiche realtà a noi spesso sconosciute.

Affinché la psicoterapia sistemica possa trovare un nuovo modo di dialogare con la sessuologia, affinché si possano abilitare le menti dei terapeuti ad entrare con un tempismo e per un tempo sufficientemente buono nella carnalità dei suoi stessi pazienti e per farlo in modo sicuro, ben orientato, vigile e curioso evitando invece di formulare domande in modo rapido, precoce, o ancora fin troppo fugace per il timore dell'imbarazzo o in modo troppo lento e quasi ritardato rispetto al numero delle sedute per paura o direi quasi ansia da prestazione.

Occorre evitare dunque una eiac...ehm... valutazione precoce o ritardata e a volte perché no anche impossibile!

Affinché la sessuologia possa essere inglobata nella pratica psicoterapeutica.

Affinché si possa creare un modello sistemico multiplo di psicoterapia sessuale.

## **BIBLIOGRAFIA**

Abraham G., Pasini W. (1975). *Introduzione alla sessuologia medica*, Feltrinelli.

Almas E. (2016). *Psychological treatment of sexual problems. Thematic analysis of guidelines and recommendations, based on a systematic literature review 2001-2010*, *Sexual and relationship Therapy*, 31(1): 54-69.

Almas E., Landmark B. (2010). *Non-pharmacological treatment of sexual problems. A review of research literature 1970-2008*, *Sexologies*, 19: 202-211.

Althof S.E. (2010). What's new in sex therapy, *The Journal of Sexual Medicine*, 7(1):5-13.

Althof S.E., Leiblum S.R. (2004). *Psychological and interpersonal dimensions of sexual function and dysfunction*, *Sexual medicine. Sexual dysfunction in men and women*, Paris Health Publications.

Althof S.E., Abdo C.H., Dean L., Hackett G., McCabe M., McMahon C.G., Rosen R.C., Sadovsky R., Waldinger M., Becher E., Broderick G.A., Buvat J., Goldstein I., El-Meliegy A.I., Giuliano F., Hellstrom W.J., Incrocci L., Jannini E.A., Park K., Parish S., Porst H., Rowland D., Segraves R., Sharlip I., Simonelli C., Tan H.M., Broderick G.A. (2010). *International Society for Sexual Medicine's guidelines for the diagnosis and treatment of premature ejaculation*, *The Journal of Sexual Medicine*, 7,9:2947-2969.

Andolfi M. (1999). *La crisi della coppia*, Cortina Raffaello.

Boadella D., Liss J. (1990). *La psicoterapia del corpo*, Astrolabio.

Bowen M. (1979). *Dalla famiglia all'individuo*, Astrolabio.

Buehler S. (2013). *What Every Mental Health Professional Needs to Know about Sex*, Spencer Publishing Company.

Cancrini L. (1987). *La psicoterapia grammatica e sintassi*, Nuova Italia Scientifica.

Cancrini M.G., Harrison L. (1991). *Potere in Amore*, LED Edizioni.

Caruso S., Bruno M.T., Minona P., Cianci S., Di Pasqua S., Cianci A. (2019). *Sexual behavior of women with HPV infection*, Journal of Sex & Marital Therapy.

Clement U. (2010). *Terapia Sessuale Sistemica*, Cortina Raffaello.

Clulow C. (2012). *Sessualità e Psicoterapia di coppia*, Il Molino.

Colman W. (2009). *What do we mean by sex? Sex Attachment and Couple Psychotherapy*, London Karnac.

Giommi R., Perrotta M. (1994). *Psicoterapia breve delle disfunzioni sessuali*, Edizioni Del Cerro.

Giommi R., Giommi D. (2020). *Rodolfo de Bernart e l'immagine della famiglia*, Franco Angeli.

Giommi R., Lenzi E. (2021). *Il genogramma sessuale*, Scione Editore Roma;

Goldstein I. (2012). *Sexual medicine reflects the light of knowledge*, The Journal of Sexual Medicine, 9:2733-2735.

Hatzichristou D., Rosen R.C., Broderick G., Clayton A., Cuzin B., Degoratis L., Litwin M., Meuleman E., O'Leary M., Quirk F., Sadovsky R., Seftel A. (2014). *Clinical evaluation and management strategy for sexual dysfunction in men and women*, The Journal of Sexual Medicine, 11:49-57.

Kaplan H.S. (1974). *The New Sex Therapy*, Brunner.

Kaplan H.S. (1976). *Manuale illustrato di terapia sessuale*, Feltrinelli;

Kaplan H.S. (1981). *I disturbi del desiderio sessuale*, Mondadori.

Leiblum S.R., Rosen R.C. (2004). *Principi e pratica di terapia sessuale*, CIC Edizioni Internazionali.

Masters W.H., Johnson V.E. (1970). *Patologia e terapia del rapporto sessuale. Le insufficienze sessuali nell'uomo e nella donna*, Feltrinelli.

Masters W.H., Johnson V.E. (1986). *L'atto sessuale nell'uomo e nella donna*, Feltrinelli.

McGoldrick M., Gerson R. (1986). *Genograms in Family Assessment*, Norton.

Minona P., La Rosa V., Platania A., Salvaggio C., Pepe F., Magliarditi M., Currò J.M., Mollaiol D. (2018). *Psychological determinants of chronic pelvic pain related to endometriosis: the importance of a multidisciplinary approach*, Italian Journal of Obstetrics and Gynecology.

Palazzoli Selvini M., Boscolo L., Cecchin G., Prata G. (1980). *Hypothesizing – Circularity – Neutrality: Conductor of the Session*, Family Process article.

Rifelli G. (1994). *L'intervento psicoterapeutico nella problematica sessuale*, Rivista di sessuologia, 18, 313-322.

Rossi R., Dean J. (2013). *Sexual Orientation*, The EFS and ESSM syllabus of clinical sexology. ESSM Education Committee, Editore Medix.

Scabini E., Cigoli V. (2000). *Il familiare. Legami, simboli e transizioni*, Cortina Raffaello.

Schnarch D. (2001). *La passione nel matrimonio*, Cortina Raffaello.

Simonelli C., Fabrizi A., Rossi R., Tripodi F. (2019). *Sessuologia clinica. Diagnosi, trattamento e linee guida internazionali*, Franco Angeli.

Simonelli C., Fabrizi A., Rossi R., Silvaggi C., Tripodi F., Michetti P.M. (2010). *Clinical Sexology: an integrated approach between the psychosomatic and the somatopsychic*, *Sexologies*, 19:3-7.

Tripodi F., Gruenwld I., Silvaggi C., Simonelli C. (2015). *Sexual response in men and women: models and critical issues*, *The ESSM Manual of Sexual Medicine*, Editore Medix.

Tripodi F., Nimbi F.M., Fabrizi A., Rossi R., Simonelli C. (2016). *L'approccio integrato in sessuologia. Teoria e prassi Clinica*, *Psicobbiettivo*, 2:52-71.

Tripodi F., Silvaggi C. (2013). *Sexual Response: Motivation and Models*, The EFS and ESSM syllabus of clinical sexology. ESSM Education Committee.

Weiner L. (2014). *Sensate Focus: clarifying the Masters and Johnson's Model*, *Sex Relation Ther.*