

Vieri Boncinelli, Mauro Rossetto e Fabio Veglia

SESSUOLOGIA CLINICA

Modelli di intervento,
diagnosi e terapie integrate



Erickson

La sessualità è il risultato di una convergenza di fenomeni biologici, psicologici e culturali. Per affrontarne le problematiche è quindi necessario un approccio interdisciplinare e integrato con il contributo e le competenze di discipline diverse, in una sintesi clinica che dia il senso più chiaro delle difficoltà dei pazienti.

In quest'ottica il volume risponde alle esigenze di diverse figure professionali, quali sessuologi clinici, medici, psicologi, psicoterapeuti, educatori, oltre che di studenti di scuole di specializzazione, corsi di laurea e master universitari. È utile inoltre come occasione di aggiornamento rispetto ai cambiamenti sempre più accelerati delle richieste di cura e ai progressi delle discipline mediche e psicologiche.

Il manuale è articolato in due parti. Nella prima si accompagna l'operatore in ogni passaggio della terapia sessuale, dall'accoglienza della domanda alla diagnosi, alla formulazione del piano di cura. La seconda parte approfondisce diverse applicazioni (dall'utilizzo delle fantasie alle pratiche della mindfulness) relative a campi più specifici ed emergenti dell'intervento sessuologico e ridefinisce in modo puntuale alcuni trattamenti utilizzabili in situazioni cliniche complesse.

ISBN 978-88-590-1728-8



€ 24,00

Indice

- 9** Introduzione (*Vieri Boncinelli, Mauro Rossetto e Fabio Veglia*)

PRIMA PARTE

- 13** CAP. 1 L'accoglienza della domanda sessuologica
(*Vieri Boncinelli e Cristina Rossetto*)
- 43** CAP. 2 Le diagnosi e il piano di cura
(*Fabio Veglia e Fabio Borghino*)
- 67** CAP. 3 Le terapie delle problematiche del desiderio
femminile (*Vieri Boncinelli, Giuseppina Barbero,
Salvatore Caruso, Andrea Genazzani, Diletta Mauro
e Chiara Nanini*)
- 103** CAP. 4 Le terapie delle problematiche del desiderio
maschile (*Mauro Rossetto e Sergio De Katt*)
- 117** CAP. 5 Le terapie delle problematiche dell'eccitazione
femminile (*Fabio Veglia, Sarah Finzi e Cristina
Civilotti*)
- 139** CAP. 6 Le terapie delle problematiche dell'eccitazione
maschile (*Mauro Rossetto*)
- 149** CAP. 7 Le terapie delle problematiche del piacere
femminile (*Fabio Veglia e Sarah Finzi*)
- 165** CAP. 8 Le terapie delle problematiche del piacere
maschile (*Vieri Boncinelli, Giovanni Alei, Giorgio
Del Noce, Antonio Rossi e Anna Tampelli*)
- 199** CAP. 9 Le terapie del dolore sessuale (*Vieri Boncinelli
e Giuseppe Mori*)

SECONDA PARTE

- 221** CAP. 10 La psicoeducazione negli interventi sessuologici
(*Fabio Veglia e Cristina Civilotti*)

- 243** CAP. 11 Sessualità e problematiche relazionali
(Mauro Rossetto e Cristina Rossetto)
- 271** CAP. 12 L'utilizzo delle fantasie in sex therapy
(Vieri Boncinelli, Daniela Gaci Scaletti, Manuela Giuliani, Tatiana Strepetova, Domenico Trotta)
- 297** CAP. 13 Psicotraumatologia, psicoterapie e sex therapy
(Fabio Veglia, Giulia Di Fini e Cristina Civilotti)
- 325** CAP. 14 Mindfulness e sessualità. Lo sviluppo della consapevolezza mente-corpo e la pratica della meditazione Vipassana *(Mauro Rossetto e Sandro Porcellana)*
- 343** CAP. 15 La sessualità oggi e le problematiche emergenti. Quando il sesso diventa schiavitù
(Mauro Rossetto)

Introduzione

Vieri Boncinelli, Mauro Rossetto e Fabio Veglia

La sessualità, oggi riconosciuta come risultante di una convergenza di fenomeni biologici, psicologici e culturali, elemento fondamentale del benessere della persona, necessita di un approccio interdisciplinare che comprenda contributi specifici e competenze delle diverse discipline che si sappiano integrare con un linguaggio comune.

L'obiettivo che ci siamo posti nella stesura di questo volume è quello di fornire uno strumento agile, ma esaustivo, scritto con un linguaggio non troppo medico o psicologico, che possa rispondere alle esigenze di diverse figure professionali, come educatori, consulenti, mediatori, psicologi, psicoterapeuti, medici di medicina generale, ginecologi, andrologi, urologi, psichiatri, e naturalmente sessuologi clinici. Si rivolge inoltre agli allievi delle scuole di specializzazione, dei corsi di laurea, dei Master universitari, dei corsi di formazione in Sessuologia.

Gli argomenti sono trattati con taglio applicativo, evidenziando in modo semplice e sintetico gli assunti teorici, presentando le linee guida essenziali per la costruzione del piano di cura e appoggiando ogni argomentazione metodologica e clinica ad esempi e casi clinici esemplificativi.

Gli autori si sono avvalsi di contributi di qualificati professionisti, particolarmente esperti nei singoli argomenti trattati, provenienti sia dall'area psicossessuologica che dalla medicina della sessualità.

Il rischio era quello di avere uno strumento frammentario e disomogeneo. Per questa ragione il testo è stato concepito con una struttura costante

e ripetuta. Ogni capitolo, curato da uno dei tre Coautori, si apre con una parte iniziale sulle generalità, fondamentale per assicurare una continuità. I paragrafi seguenti iniziano con una introduzione, elemento importante di collegamento, e la presentazione dei vari argomenti, approfondimenti, schemi riassuntivi ed esemplificazioni pratiche.

Le prospettive utilizzate fanno riferimento, in tutta l'opera, alla medicina, alla psicologia, alle neuroscienze, all'antropologia culturale, con una visione olistica, interdisciplinare e integrata.

Nell'ambito psicologico gli approcci e i modelli di riferimento sono l'evoluzionismo, il costruttivismo, il costruzionismo sociale, la psicotraumatologia, la teoria dell'attaccamento, l'approccio corporeo (mindfulness, terapia sensomotiva, teoria polivagale), l'approccio narrativo e la psicodinamica relazionale. Nell'ambito medico, oltre al riconoscimento del valore delle varie specialità, si privilegia la relazione terapeutica, l'importanza della relazione di coppia e il contesto sociale, come una moderna medicina della sessualità raccomanda.

Il testo si pone, inoltre, come occasione di aggiornamento rispetto ai cambiamenti sempre più accelerati delle richieste di cura e ai progressi delle discipline mediche e psicologiche. È diviso in due parti. Nella prima, per ogni fase della risposta sessuale vengono descritte la fisiologia, la patologia e i diversi metodi di cura integrati tra loro. Inoltre si accompagna l'operatore in ogni passaggio della terapia sessuale, dall'accoglienza del paziente e del suo portato di sofferenza, alla diagnosi, alla formulazione e riformulazione del piano di cura.

La seconda parte approfondisce diverse applicazioni relative a campi più specifici ed emergenti dell'intervento sessuologico e ridefinisce in modo puntuale diversi metodi di cura utilizzabili in situazioni cliniche complesse o con popolazioni particolari.

Ci sentiamo in dovere di ringraziare i colleghi e amici della Federazione Italiana di Sessuologia Scientifica, per il loro sostegno e incoraggiamento. Un ringraziamento particolare alla redazione delle Edizioni Centro Studi Erickson, che ci ha consigliato e seguito in questo nostro non trascurabile impegno.

L'auspicio è quello di aver saputo trasmettere, con modalità comprensibile e coinvolgente, ciò che abbiamo imparato ed esperito dai nostri pazienti, studenti e maestri.

L'accoglienza della domanda sessuologica

Vieri Boncinelli e Cristina Rossetto

Generalità

La capacità di riprodursi è uno degli elementi fondamentali per definire un essere vivente. La riproduzione sessuata è la strategia vincente dell'evoluzione. Il comportamento sessuale è uno dei determinanti del comportamento animale, bisogno e istinto primario. Il comportamento sessuale della nostra specie ha, tra le tante caratteristiche distintive, la recettività continua (Boncinelli, 2004).

Non c'è società umana e creazione culturale che non abbia testimonianze dell'amore e della sessualità.

La sessualità è alla base del benessere fisico, psicologico e sociale della persona. Inoltre nel parlare comune di ogni epoca e cultura la sessualità è sempre al centro della conversazione, di ciò su cui si scherza, si narra, si confida.

Però quando si affronta la sessualità nell'ambito medico con l'anatomia, la fisiologia, la patologia e anche in psicologia, improvvisamente la sessualità è negletta.

Da una parte l'ambiente scientifico sottovaluta l'importanza del benessere sessuale, dall'altra, la stessa popolazione ha riluttanza a esporre le proprie problematiche intime.

In questo capitolo cercheremo di esporre quelle che sono le migliori modalità per accogliere le persone e per facilitarne l'esplicitazione della domanda. Come attraverso un colloquio appropriato si possa giungere a una possibile diagnosi e quindi a un progetto terapeutico condiviso. Il tutto suffragato da numerose esemplificazioni.

La costruzione della relazione

Introduzione

In tutte le relazioni di aiuto è fondamentale un'accoglienza empatica e rassicurante. In sessuologia lo è ancora di più. Non è facile per una persona o una coppia decidere di andare in consultazione sessuologica. La vergogna, il pudore, l'angoscia di svelare la propria intimità e l'ammettere le proprie difficoltà sessuali sono solo alcuni elementi che rendono difficile decidere di rivolgersi al sessuologo. In questo paragrafo analizzeremo prima la comunicazione, le caratteristiche che qualificano la relazione di aiuto, per poi passare all'analisi dell'accoglienza.

Il processo comunicativo

L'uomo è un essere sociale che utilizza la comunicazione per strutturare e mantenere rapporti con i suoi consimili (Lindsay e Norman, 1983).

La comunicazione interpersonale consiste nell'inviare messaggi da parte di un emittente a un ricevente. La qual cosa implica il concetto di percezione. La *percezione* è influenzata dall'attenzione, che si correla a sua volta alla motivazione ed è modulata dallo stato emotivo.

Noi siamo continuamente inondati da molteplici stimoli, dobbiamo quindi selezionarli e concentrarci su quelli che, in quel momento, riteniamo importanti. L'attenzione è il meccanismo psicologico che privilegia degli stimoli e, favorendo la percezione, avvia il processo di apprendimento. L'attenzione è però strettamente correlata alla motivazione. Cioè quanto più ci interessa un messaggio tanto più saremo attenti. Non solo, ma il nostro stato emozionale può essere elemento favorente o sfavorente la percezione. Se una persona ascolta da sola, in un ambiente tranquillo, alla radio una notizia che la interessa ed è serena, la sua percezione sarà buona. Ma se la stessa persona sente entrare nella stanza accanto qualcuno e ha paura che possa essere una persona minacciosa, la sua percezione calerà immediatamente (box 1.1).

BOX 1.1

FATTORI INFLUENZANTI LA PERCEZIONE

- Attenzione
- Motivazione
- Stato emotivo

È ovvio che la percezione è influenzata dalla qualità del messaggio. Nella comunicazione sociale sappiamo che generalmente il messaggio è ridondante. Questo affinché, anche se la qualità dell'emissione non è perfetta, non si perda il significato.

La comunicazione interpersonale naturalmente prevede una *alternanza* di ruoli tra un emittente e un ricevente per mezzo di «turni della conversazione» o «turn taking». Come sappiamo esistono delle regole sociali, non sempre rispettate, che ordinano questa alternanza. Ecco che l'ascolto diviene un concetto fondamentale.

La struttura di un messaggio presenta tre piani. Un piano *superficiale* o piano della sintassi (lettere, morfemi, parole, frasi). Un piano più profondo o *semantico*, cioè il significato del messaggio. Infine un piano *pragmatico*, cioè l'effetto che il messaggio ha sull'altro (box 1.2).

BOX 1.2

STRUTTURA DEL MESSAGGIO

- Piano superficiale o della sintassi
- Piano profondo o semantico
- Piano pragmatico o dell'efficacia comunicativa

La comunicazione ha componenti *verbali* e *non verbali* (box 1.3). La comunicazione verbale (CV) ha competenze sia linguistiche che paralinguistiche. La componente linguistica ovviamente è il contenuto del messaggio. La componente paralinguistica è costituita dal ritmo e dal tono con il quale il messaggio è confezionato. Tutti noi, quando vogliamo sottolineare l'importanza di una frase, rallentiamo, aumentiamo il tono e scandiamo le parole. Al contrario, quando avvertiamo che la nostra comunicazione è ridondante, acceleriamo e scandiamo di meno. Un esempio comune lo abbiamo quando alla televisione o alla radio ci sono i «consigli per gli acquisti» di un farmaco. La gran parte del messaggio viene scandita bene e con calma, ma quando si

arriva alla frase obbligatoria «potrebbe avere effetti collaterali anche gravi», assistiamo a un'improvvisa accelerazione.

BOX 1.3

COMPETENZE DELLA COMUNICAZIONE	
<ul style="list-style-type: none"> • Linguistica • Paralinguistica 	CV
<ul style="list-style-type: none"> • Cinesica • Prosemica • Performativa • Pragmatica • Socioculturale 	CNV

La comunicazione non verbale (CNV), ha varie competenze. Le più importanti nell'ambito della relazione di aiuto sono la *cinesica* e la *prosemica* (box 1.4). La prima comprende tutti i movimenti che noi compiamo mentre parliamo. Questi movimenti, mimici, gestuali, posturali, rappresentano dei segnali che contribuiscono alla comunicazione.

I segnali *regolatori* servono a modulare il flusso della comunicazione. Con movimenti delle mani, ad esempio, si può accelerare o rallentare il messaggio di un interlocutore. Con movimenti delle braccia e mimici si può enfatizzare una descrizione, e si parla in questo caso di segnali *illustratori*. I segnali *rafforzatori* servono, con la componente paralinguistica, a sottolineare l'importanza di una parte del messaggio. I segnali *compensatori* sono utili per snellire e completare il messaggio verbale, l'importante è non abusarne. Particolarmente importanti nella relazione di aiuto sono quelli *contraddittori*. Questi segnali: mimici, gestuali e posturali, contrastano con il verbale. Sono quindi fondamentali per decodificare l'autenticità della relazione.

BOX 1.4

COMPONENTI DELLA COMPETENZA CINESICA
<ul style="list-style-type: none"> • Segnali regolatori • Segnali illustratori • Segnali rafforzatori • Segnali compensatori • Segnali contraddittori

Le diagnosi e il piano di cura

Fabio Veglia e Fabio Borghino

Introduzione alla diagnosi e al piano di cura

Il concetto di sessualità è fortemente correlato alle logiche della complessità. In quanto pervasiva e intimamente radicata nel mandato evolucionistico della continuità della vita, nell'uomo la sessualità assume connotati che possono travalicare la mera riproduzione e la biologica e conseguente necessità di trasmissione genetica, per esplicarsi in qualcosa di più grande. Ecco, allora, manifestarsi il passaggio da una dimensione prettamente corporea e organica a un versante più relazionale in cui il corpo può divenire viatico di un incontro con se stessi o con il mondo. Il transito dalle sensazioni alle emozioni, precursore di una coscienza sociale intesa come presenza incarnata in relazione, rappresenta nell'uomo quel punto di congiunzione tra l'esperire e l'osservare che sarà determinante sul piano della consapevolezza nel suo insieme e in particolare nelle dinamiche sessuali interpersonali. Sessualità come corpo, come incontro di corpi e come ricerca di significato che nell'uomo diviene ultimo e impellente mandato dell'evoluzione, in costante tensione verso il divenire.

Trattare di sessualità dal punto di vista scientifico e di valutazione e trattamento delle problematiche che possono derivarne richiede al clinico il ricorso a quel metodo deduttivo dall'universale al particolare tutt'altro che scontato, dal momento che l'oggetto di osservazione si fonda per sua

stessa natura sull'integrazione. Anche per ciò che riguarda la posizione del paziente, il maggiore esperto di se stesso, o della coppia, la difficoltà è spesso insita nelle «parole per dirlo», ovvero nella ricerca di un linguaggio condivisibile che contempra la sessualità come oggetto d'indagine, ma ancor più nel passaggio necessario dall'immediatezza alla riflessività. Il ragionamento clinico riguardo alla sessualità consiste, in particolare in fase diagnostica e di assessment, nella scomposizione di quest'ultima in componenti essenziali che, in assenza di deficit o disfunzione, agiscono in sinergia in maniera automatica, dal momento che se tali meccanismi fossero pensati tenderebbero a perdere di immediatezza. Smontare una carezza nelle sue componenti essenziali solitamente risulta essere, a un cervello, come quello umano, votato all'integrazione, un'operazione contro-intuitiva, ma necessaria ai fini della comprensione di dinamiche implicite spesso implicate nell'eziologia e/o nel mantenimento di problematiche o conclamati disturbi sessuali.

Il presente capitolo si propone di fornire una disamina dei più recenti criteri di classificazione in ambito sessuologico, nonché dei sistemi di valutazione e di assessment utili non soltanto a fini di formulazione diagnostica, ma in particolare all'impostazione di un piano di cura specifico. Successivamente alla descrizione della nosografia internazionale, verrà dato spazio all'analisi degli elementi necessari a una diagnosi funzionale capace di fornire un quadro clinico di funzionamento caso-specifico, la natura e il significato dei sintomi, ivi comprese eventuali ricadute sintomatologiche secondarie, e gli effetti multi-sistemici di uno specifico disturbo sessuale. Verranno trattati in questa fase eventuali strumenti di analisi applicabili in ottica diagnostico/funzionale. Infine, sarà considerato il ventaglio di strategie di intervento possibili sulla base delle informazioni raccolte, con l'obiettivo di un'impostazione di piano di cura dedicato in ottica bio-psico-sociale.

La diagnosi descrittivo-nosografica

Il trattamento delle problematiche sessuali rende necessario, tra gli altri, un sistema di classificazione diagnostica fondato sulla rilevazione oggettiva di segni e sintomi in grado di orientare le diverse professionalità della salute sessuale sulla base di un linguaggio comune dal punto di vista descrittivo.

Ad oggi, la nosografia internazionale di riferimento, rappresentata dal *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali* dell'American Psychiatric Association giunto alla sua quinta edizione (DSM-5), risente dell'influenza di cambiamenti socio-culturali e di nuove evidenze scientifiche dal punto di

vista sessuologico, che hanno portato a cambiamenti significativi rispetto al precedente sistema di classificazione diagnostica (DSM-IV-TR).

Un primo cambiamento significativo è consistito nella differenziazione dei disturbi sessuali in tre categorie distinte:

- disforie di genere
- parafilie
- disfunzioni sessuali.

L'intento del presente manuale è di concentrarsi sull'accoglienza e sul trattamento delle disfunzioni sessuali. In quest'ultima categoria il DSM-5 ha abbandonato la tradizionale classificazione dei disturbi sulla base della suddivisione in fasi del ciclo di risposta sessuale (desiderio, eccitazione e orgasmo) in seguito a evidenze in letteratura secondo le quali la risposta sessuale non possa essere in ogni caso considerata come processo lineare e uniforme e la distinzione netta tra alcune fasi, quali il desiderio e l'eccitazione, possa risultare artificiosa. Per quanto tali classificazioni possano essere significative sul piano della diagnosi differenziale descrittiva, nell'ambito del piano di cura rimane comunque essenziale agli occhi del clinico un'analisi capace di considerare la sessualità su piani di processualità e di integrazione.

Un ulteriore cambiamento significativo è stata la differenziazione di genere. Per ciò che riguarda il genere femminile, il desiderio e l'eccitazione, precedentemente considerati in maniera a sé stante, sono stati conglobati in un'unica categoria diagnostica denominata *disturbo del desiderio sessuale e dell'eccitazione sessuale femminile*. Il *disturbo dell'orgasmo femminile* si presenta in forma autonoma, mentre per i cosiddetti disturbi da dolore sessuale (vaginismo e dispareunia) si parla di *disturbo del dolore genito pelvico e della penetrazione*. La necessità di integrare il vaginismo e la dispareunia è stata dettata, secondo gli autori, dalla difficoltà di differenziazione e dalla coesistenza spesso esistente tra loro all'osservazione clinica.

Nel genere maschile, il *disturbo da desiderio sessuale ipoattivo* e il *disturbo erettile* sono stati mantenuti, mentre sono stati considerati come categorie specifiche sul piano dell'orgasmo maschile l'*ejaculazione precoce* e l'*ejaculazione ritardata*.

Il disturbo da avversione sessuale è stato abolito dalle categorie principali e inglobato nelle *disfunzioni sessuali con altra specificazione* a causa del limitato riscontro nella pratica clinica e della scarsità di dati di ricerca specifici al riguardo. Alcuni studi hanno evidenziato una sovrapposizione di criteri sintomatologici con i disturbi del desiderio sessuale e del desiderio sessuale ipoattivo, mentre viene suggerita la diagnosi di fobia specifica in situazioni di evidente avversione di fronte a stimoli e situazioni sessuali.

La presenza di sottotipi specifici permette di inquadrare la diagnosi su un piano maggiormente funzionale attraverso la definizione di criteri di insorgenza temporale e contestuale, oltre che di livello di gravità. Con le specifiche di: *permanente* o *acquisito*, si considera la differenziazione tra un'insorgenza del disturbo a partire dall'esordio sessuale o successivamente a un periodo di funzionamento relativamente normale. Dal punto di vista contestuale, poi, il DSM-5 considera una disfunzione sessuale come *situazionale* nel momento in cui si verifichi in relazione a determinate tipologie di stimolazione, di situazione o di partner e *generalizzata* se presente indifferentemente da tali condizioni. Il criterio contestuale non è presente unicamente per il disturbo del dolore genito pelvico e della penetrazione. Il livello di gravità si differenzia per ogni disfunzione in: *lieve*, *moderata* e *grave* sulla base del primo criterio di definizione diagnostica per ogni disturbo.

Al fine di ridurre le sovrastime e aumentare la precisione è stata stabilita come soglia temporale minima di durata della sintomatologia un periodo di sei mesi, ad eccezione delle *disfunzioni sessuali indotte da sostanzefarmaci*, per le quali i sintomi si manifestano durante o subito dopo l'intossicazione o l'astinenza da una sostanza o dopo l'assunzione prolungata di un farmaco.

Le linee guida comuni riguardo a una visione complessa della sessualità hanno condotto gli autori alla scelta di abolire la distinzione tra disfunzioni legate a fattori biologici o psichici, dal momento che i dati della ricerca sono sempre più concordi nel confermare la circolarità di variabili eziologiche nell'insorgenza e nel decorso di un disturbo sessuale. Le raccomandazioni sono, in ogni caso, quelle di procedere per esclusione a partire da una causalità organica per poi convergere su ipotesi diagnostiche via via più diversificate e complesse secondo il principio della collaborazione tra specialisti.

La diagnosi descrittivo-nosografica in ambito sessuale rappresenta un punto di partenza imprescindibile a sostegno dell'intervento multiprofessionale, ma non è che una delle fasi di un processo diagnostico molto più articolato. La sua funzione essenziale è quella di inquadrare una problematica sessuale in termini sintomatologici e descrittivi generali su un piano di esclusione, al fine di orientare lo sguardo clinico secondo precise direzioni. Ciò di cui questo piano diagnostico è carente consiste in tutte quelle pratiche cliniche di analisi di sequenze soggettive intra- e interpersonali utili a ricostruire con il paziente quella ricerca di verità necessaria a spiegare il fenomeno patologico e la sofferenza. Questo processo è valido anche laddove l'eziologia di base si presenti come organica, poiché anche in presenza di causalità biologica alla base di una disfunzione sessuale (in ogni caso da indagare primariamente e affrontare da un punto di vista medico)

sarà con le conseguenze di quest'ultima su piani differenti (fisico, psichico, relazionale e culturale) che il clinico si troverà a operare.

Al di là dei limiti di una diagnosi nosografica fine a se stessa, lo sviluppo delle conoscenze scientifiche sulla complessità umana e sull'integrazione mente-corpo hanno permesso di orientare anche i manuali di classificazione più descrittivi come il DSM nell'ottica di dimensioni più qualitative ed esperienziali invece che meramente quantitative in ambito sessuale. L'interesse clinico è oggi più concentrato su criteri quali la soddisfazione percepita, invece che sulla prestazione, considerando come prioritari i vissuti personali e di coppia, sia sul piano diagnostico che di trattamento. Dal momento che il vissuto soggettivo e interpersonale del sintomo sessuale assume un ruolo prioritario, viene attribuita grande rilevanza al distress percepito su livelli differenti: somatico, emotivo, cognitivo, relazionale e comportamentale. L'impatto di una disfunzione sessuale sulla qualità della vita diviene, dunque, oggetto di approfondita analisi, sia per gli eventuali significati correlati a livello di causalità, sia per ciò che concerne la gravità del disturbo.

Sul piano eziologico, la comunità scientifica è sempre più concorde con ipotesi di tipo bio-psico-sociale in ambito sessuologico, dal momento che, anche per ciò che concerne la sessualità, i fattori biologici (fisiologia, sintomatologia somatica, manifestazioni del corpo), psicologici (pensieri, emozioni e comportamenti) e sociali (economici, ambientali, relazionali e culturali) manifestano la loro azione in maniera interdipendente, sia rispetto alla salute che alla malattia. Considerati questi aspetti, di conseguenza, anche il piano di cura dovrà prevedere un approccio integrato capace di considerare algoritmi multimodali complessi.

Interazioni e prevalenze in sessuologia

Trattare di diagnosi e di piano di cura in ambito sessuologico richiede di prendere in carico molto più di un sintomo o una patologia, ma l'irripetibile unicità di una persona e/o di una coppia nell'incontro con la sofferenza umana. La sofferenza paralizzante e capace di inibire qualunque tentativo di soluzione individuale o condivisa e di innescare spirali patologiche continue è quella con cui il clinico si trova spesso a interagire in qualità di professionista della salute, in un'asimmetria di ruoli al servizio della cura.

La possibilità, per il sessuologo, di affidarsi a sistemi di classificazione diagnostica standardizzati può rappresentare già di per sé un primo atto terapeutico capace quantomeno di attribuire una precisa collocazione