



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione

**Corso di laurea in Scienze Psicologiche dello Sviluppo, della Personalità e delle
Relazioni Interpersonali**

Elaborato finale

**EFFICACIA DELLE TERAPIE SESSUALI PER LE
DISFUNZIONI SESSUALI FEMMINILI: UN'ANALISI
DELLA LETTERATURA**

**EFFICACY OF SEXUAL THERAPIES FOR FEMALE SEXUAL
DYSFUNCTIONS: A LITERATURE ANALYSIS**

Relatore

Prof. Marta Panzeri

Laureanda: **Arianna Cortello**

Matricola: **1220751**

Anno Accademico 2021/2022

INDICE

INTRODUZIONE	4
LE DISFUNZIONI SESSUALI	5
<i>Il disturbo del desiderio sessuale e dell'eccitazione sessuale femminile</i>	
<i>Il disturbo dell'orgasmo femminile</i>	
<i>Il disturbo del dolore genito-pelvico e della penetrazione</i>	
LE TERAPIE SESSUALI	9
<i>Sex therapy</i>	
<i>Terapia cognitivo-comportamentale</i>	
<i>Mindfulness</i>	
<i>Terapia focalizzata sulle emozioni</i>	
<i>Terapia sistemica</i>	
<i>Biblioterapia</i>	
<i>New sex therapy</i>	
<i>Schema therapy</i>	
<i>Altre: arte terapia, psicoanalitica</i>	
DISEGNI SPERIMENTALI	15
<i>Limiti e proposte di ricerca futura</i>	
EFFICACIA DELLE TERAPIE	20
<i>Disturbo del desiderio sessuale e dell'eccitazione sessuale femminile</i>	
<i>Disturbo dell'orgasmo femminile</i>	
<i>Disturbo del dolore genito-pelvico e della penetrazione</i>	
CONCLUSIONI	32
RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI	33

INTRODUZIONE

Le disfunzioni sessuali femminili hanno un'alta prevalenza nella popolazione e sono associate a *distress* e insoddisfazione sessuale (Frühauf, Gerger, Schmidt, Munder, Barth, 2013). L'elevata prevalenza e l'impatto limitante e negativo che hanno sulla vita di una donna fanno emergere la necessità di un compendio che riassume quelle che sono le terapie più efficaci. Per ragioni di operazionalizzazione dei costrutti e di orientamento teorico più favorevole alle sistematizzazioni, le terapie maggiormente studiate sono quelle di stampo cognitivo-comportamentale. Si provvederà comunque a elencare tutte o quasi tutte le terapie sessuali presenti allo stato dell'arte, per fornire un ventaglio di possibili alternative e prospettive. Questo risulta utile alla luce del fatto che molti studi testano l'efficacia di interventi terapeutici che includono tecniche provenienti da orientamenti distinti. Ciò rende difficile discriminare quale elemento abbia maggiore peso sul risultato ottenuto, ma allo stesso tempo rende possibile quell'auspicata integrazione di paradigmi che fa parte dell'approccio più attuale alla psicoterapia.

Le disfunzioni che si intende prendere qui in considerazione sono quelle contenute all'interno del DSM-5-TR (American Psychiatric Association, 2022), quali il disturbo del desiderio sessuale e dell'eccitazione sessuale femminile, il disturbo dell'orgasmo femminile e il disturbo del dolore genito-pelvico e della penetrazione. Non si considerano in questa sede le disfunzioni sessuali indotte da sostanze, che anzi costituiscono ragione di diagnosi differenziale. Nel DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000) il disturbo del desiderio, il disturbo dell'eccitazione, la dispareunia e il vaginismo erano riportati come distinti. Il rationale della nuova classificazione è la frequente comorbidità dei problemi di vaginismo e dispareunia, così come la contemporaneità dei fenomeni di desiderio ed eccitazione, sebbene alcuni autori sostengano l'utilità di differenziarli (Stephenson e Kert, 2017). Si è scelto di usare la classificazione del DSM-5TR per rigore e per comodità, nonostante alcuni studi includano partecipanti che non posseggono un'etichetta diagnostica oppure si riferiscano a classificazioni alternative.

LE DISFUNZIONI SESSUALI

In generale, nel DSM-5TR, la disfunzione sessuale è definita come un disturbo clinicamente significativo della capacità di avere reazioni sessuali o di provare piacere sessuale. I sintomi devono protrarsi per almeno 6 mesi, causare un disagio clinicamente significativo e non sono meglio spiegati da un disturbo mentale di natura non sessuale, una condizione medica o una sostanza/farmaco. Questi criteri sono comuni a tutte le disfunzioni, quindi non verranno riportati in seguito. Rispetto alla natura dell'esordio i disturbi possono essere permanenti o acquisiti, mentre rispetto al contesto in cui i sintomi si manifestano possono essere generalizzati o situazionali (APA, 2022). Il DSM, inoltre, riporta la necessità di specificare sempre se la severità del disturbo, fondata sul disagio provato, è lieve, moderata o grave. Questo è dovuto all'influenza dell'approccio dimensionale, il quale concepisce la normalità e la patologia come un continuum quantitativo e non come un distinguo qualitativo.

Il disturbo del desiderio sessuale e dell'eccitazione sessuale femminile

Il criterio diagnostico primario è la mancanza o riduzione di desiderio/eccitazione sessuale, individuato da almeno tre dei seguenti sintomi: *“assente/ridotto (a/r) interesse per l'attività sessuale, a/r pensieri o fantasie sessuali, a/r iniziativa nel rapporto sessuale e generale rifiuto delle iniziative del partner, a/r eccitazione/piacere durante l'attività sessuale in tutti o quasi tutti (circa il 75-100%) i rapporti sessuali, a/r desiderio/eccitazione sessuale in risposta a possibili stimoli sessuali/erotici interni o esterni (tattili, scritti, verbali, visivi), a/r sensazioni genitali o non genitali in quasi tutti o in tutti i rapporti sessuali”* (APA, 2013, p.505). Si deve tenere in considerazione, inoltre, che i sintomi potrebbero costituire una risposta adattiva della donna a un evento stressante e quindi non essere ascrivibili al disturbo. Spesso il disturbo è in comorbidità con l'anorgasmia e la dispareunia, difatti la presenza di dolore cronico potrebbe ridurre il desiderio e avere ricadute anche sulla capacità orgasmica. In aggiunta, la prevalenza è stimata al 30%, con oscillazioni tra il 26% e il 43% in base alla regione di appartenenza. Lo studio di Brotto, Chivers, Millman e Albert (2016) riporta che il 40% delle donne tra i 16 e i 44 anni non siano abbastanza motivate nell'intraprendere un rapporto sessuale e il numero si assesta sul 12% se si considera il disagio clinico (*distress*) associato. Questo si esplica in un minor benessere relazionale e personale. Dal punto di vista eziologico, il modello incentivo-

ⁱ Nota: Il DSM-5-TR non è stato ancora tradotto in italiano. Dato che i criteri diagnostici sono invariati nelle due versioni, si riportano le citazioni in italiano del DSM-5.

motivazionale descrive come vari fattori in sinergia interagiscano nel provocare la risposta di eccitazione e desiderio. Secondo il modello, per elicitare il desiderio è necessaria la sensibilità del sistema di risposta sessuale e un'adeguata stimolazione. La motivazione sessuale (il desiderio) dipende quindi anche dal contesto, ovvero dalla forza dell'incentivo. La distrazione cognitiva durante il sesso distoglie invece l'attenzione da questi stimoli erotici esterni e l'attivazione di schemi negativi del sé conduce alla ruminazione con conseguente calo del desiderio (Brotto *et al.*, 2021).

Il disturbo dell'orgasmo femminile

Per essere diagnosticato, l'individuo deve provare in tutti o quasi tutti i rapporti sessuali almeno uno dei seguenti sintomi: *“un marcato ritardo, marcata infrequenza o assenza di orgasmo e/o intensità delle sensazioni orgasmiche marcatamente ridotta”* (APA, 2013, p.501). È importante specificare se la paziente non ha mai avuto un orgasmo e verificare che la stimolazione sia adeguata. Spesso il disturbo è in comorbidità col disturbo sopracitato e con la depressione maggiore. Inoltre, la prevalenza è stimata tra l'8 e il 72%, in base a cultura, età, durata e severità dei sintomi. Questi numeri si riferiscono a una prevalenza calcolata senza includere il disagio clinico significativo. Infatti *“only a proportion of women experiencing orgasm difficulties also report associated distress”* (APA, 2022, p. 487). Il disturbo si associa a tratti temperamentali ansiosi, a problemi relazionali e a fattori socioculturali. Inoltre, dallo studio di Tavares, Laan e Nobre (2018) è emerso che a predire negativamente l'orgasmo femminile è l'inibizione sessuale generata dalla paura del fallimento nella prestazione.

Il disturbo del dolore genito-pelvico e della penetrazione

Il criterio diagnostico principale sono le persistenti difficoltà con uno o più dei seguenti aspetti: *“la penetrazione vaginale durante il rapporto, il marcato dolore vulvare o pelvico durante il rapporto, la marcata paura o ansia per il dolore prima, durante, dopo la penetrazione, la marcata contrazione dei muscoli del pavimento pelvico durante il tentativo di penetrazione vaginale”* (APA, 2013, pp.509-510). Il disturbo è associato a ridotto desiderio, a problemi coniugali, al disinteresse verso il proprio piacere e a sentimenti di vergogna. La prevalenza si assesta tra l'8 e il 28%. Rispetto alla comorbidità tra vaginismo e dispareunia, si riporta come il primo disturbo, se acquisito, possa svilupparsi come conseguenza del secondo. Il 40% delle donne con vaginismo riporta inoltre dolore vulvare al tatto, come risultato della mancata

lubrificazione, dell'ipertono dei muscoli pelvici o della vestibulodinia (ter Kuile, Melles, de Groot, Tuijnman-Raasveld, van Lankveld, 2013). Il disturbo porta all'evitamento dei rapporti, con conseguente mantenimento della risposta fobica, secondo il *fear-avoidance model* di Vlaeyen e Linton, poi proposto per il vaginismo da Reissing (ter Kuile *et al.*, 2013). Questo modello prevede che la catastrofizzazione dell'evento penetrativo generi delle paure che portino all'evitamento e all'ipervigilanza (come conseguenza dell'*iperarousal* del sistema limbico). Questo orienterebbe eccessivamente l'attenzione sulle sensazioni fisiche accentuando il dolore stesso, in un circolo vizioso. A questo proposito vale la pena menzionare, come stimolo all'approfondimento, uno studio di Demo e collaboratori (2022), che dimostra come alti livelli di catastrofizzazione abbiano effetti negativi su già elevati livelli di tensione muscolare in pazienti con fibromialgia, patologia in comorbidità con vaginismo e dispareunia (Blazquez, Ruiz, Aliste, García-Quintana, Alegre, 2015).

Riflessione critica sull'approccio nomotetico

Prima di proseguire con la disamina sull'efficacia delle terapie sessuali per i disturbi sopracitati, si è valutata la necessità di inserire una riflessione critica sulla classificazione nosografica dei disturbi sessuali, derivante dal paradigma della terapia esistenziale. Il modello di normalità/anormalità del DSM decreta cos'è "normale" e cosa non lo è avvalendosi di dati statistici, i quali permettono di individuare dei cut off clinici superati i quali si riconosce l'esistenza di un disturbo. Se un disturbo psicologico diventa "endemico" allora il fondamento per cui la normalità e la patologia sono definite sulla base della loro diffusione crolla inesorabilmente. Questo è ciò che sostiene l'autrice dell'articolo considerato, Barker (2011), la quale sottolinea che il suddetto modello non sia adeguato nel caso delle disfunzioni sessuali, considerando che la prevalenza dei disturbi (in UK) si aggira attorno al 35% per gli uomini e il 54% per le donne. Tuttavia, un altro criterio fondamentale nel DSM per definire un disturbo come tale è che causi un disagio significativo all'individuo. Barker rispetto a ciò afferma che il disagio viene spesso pensato attraverso lenti normative, che assumono, ad esempio, che se non si manifestano quelli considerati i tempi e i modi "giusti" di eiaculare o la penetrazione allora ci sia necessariamente *distress*. L'autrice manifesta la sua contrarietà a ciò riportando il lapidario "*Premature for what?*" di Boyle (p. 36). Non esclude che questi fenomeni possano essere vissuti negativamente ma porta l'attenzione sul fatto che il disagio non sia da porre aprioristicamente. L'autrice, dunque, consiglia come buona prassi clinica il non dare per scontato gli svariati significati che i sintomi possono assumere per gli individui. Sottolinea

inoltre come il focalizzarsi solo sull'aspetto sessuale, soprattutto nell'ottica di far raggiungere al paziente un traguardo preciso, potrebbe risultare alienante o deumanizzante, mentre dare spazio all'esperienza vissuta potrebbe ridurre l'ansia che si accompagna spesso alla supposta esigenza di performatività. A tal proposito si riportano due citazioni particolarmente pertinenti: *“Being unable to perform may be the only way to get out of sex. Similarly vaginismus may be a way of saying no to unwanted sex”*. *“Diagnoses can become a self-fulfilling prophecy as people come to see themselves as sexually aversive”* (Barker, 2011, p.40, p.35). Infine, la terapia esistenziale è indubbiamente un approccio terapeutico a sé, ma l'autrice sottolinea come alcuni dei suoi assunti dovrebbero essere una prassi trasversale a tutti gli orientamenti terapeutici che intendano trattare il paziente in modo umanizzante e inclusivo.

LE TERAPIE SESSUALI

Sex therapy

La *sex therapy* fu elaborata nel 1970 da Masters e Johnson e viene tuttora ampiamente utilizzata. È altresì chiamata “terapia mansionale” in quanto il terapeuta prescrive alla coppia delle mansioni, ossia dei compiti a casa. Questi autori furono dei pionieri nello studio della sessualità e attraverso le loro ricerche definirono il cosiddetto “ciclo di risposta sessuale”, in contrapposizione alla precedente visione unitaria, cioè non polifasica, di tale risposta. Il loro studio sperimentale si svolse in laboratorio e coinvolse 382 donne (tra i 18 e i 78 anni) e 312 uomini (tra i 21 e gli 89 anni). Vennero analizzati 10000 cicli di risposta sessuale, usando filmati, interviste, esami fisici e misure fisiologiche. Gli autori scoprirono che il ciclo di risposta sessuale è composto da 4 fasi: eccitazione, plateau, orgasmo e risoluzione. Esistono però infinite modalità di risposta e di esperienza del piacere, che non necessariamente prevedono il raggiungimento dell’orgasmo. Per sintetizzarle, Masters e Johnson descrissero tre curve possibili della risposta sessuale femminile. Kaplan, invece, una ricercatrice a loro contemporanea e autrice della *new sex therapy*, ridusse il ciclo della risposta sessuale alle sole fasi di eccitazione e orgasmo e introdusse la fase del desiderio (cfr. Panzeri, 2013).

La terapia originaria di Masters e Johnson, che emerse anche dagli spunti raccolti durante il loro esperimento pilota, includeva la psicoeducazione sul ciclo di risposta sessuale, il counseling e la focalizzazione sensoriale (o *sensate focus*). Le sessioni, necessariamente di coppia, erano condotte da due terapeuti di sesso distinto. Successivamente, da due si passò a un solo terapeuta e vennero aggiunti degli esercizi con lo scopo di aumentare il desiderio e l’eccitazione, tra cui esercizi di masturbazione, l’uso di vibrator e il role-playing (Frühauf *et al.*, 2013). La focalizzazione sensoriale è tuttora la tecnica principe della *sex therapy* ed è una variazione sul tema della desensibilizzazione sistematica (Linschoten, Weiner, Avery-Clark, 2016). Essa consiste in degli esercizi gradualmente prescritti dal terapeuta, che hanno come unico fine l’esperienza immersiva nelle proprie sensazioni corporee, con una conseguente riduzione della pressione alla performatività. Spesso, infatti, le pazienti provano un senso di inadeguatezza durante l’attività sessuale ed esperiscono lo “*spectatoring*”, cioè vivono l’esperienza sessuale come se si stessero guardando dalla prospettiva di una terza persona esterna (Linschoten *et al.*, 2016). L’ansia che ciò comporta attiva il sistema simpatico, inibendo il parasimpatico, responsabile dell’eccitazione. Infatti, in generale, si ricorda che l’eccitazione è regolata dal sistema parasimpatico, a differenza di quanto avviene per l’orgasmo che è regolato da quello simpatico (cfr. Panzeri, 2013).

In aggiunta, sono degne di menzione le integrazioni proposte da vari autori al *Sensate Focus*. McCarthy (1986) e Weiner (1988) videro questa pratica come un modo per elicitare trigger traumatici, che una volta emersi potevano essere occasione di elaborazione per la paziente. Maltz (2002) modificò gli esercizi in modo che la paziente vittima di abuso si sentisse maggiormente in controllo sull'attività sessuale. Kaplan (1974, 1979) combinò invece questa tecnica con un approccio psicodinamico che prevedeva il processamento delle preoccupazioni sottostanti al disagio esperito nel sesso. Apfelbaum (2012), sulla scorta di ciò, sottolineò come gli esercizi potessero essere la breccia su questioni intime più profonde (Linschoten *et al.*, 2016).

Terapia cognitivo-comportamentale

La terapia cognitivo-comportamentale (CBT) nel contesto della cura di disfunzioni sessuali viene usata principalmente all'interno del counseling psicologico e non come terapia strettamente sessuale. Nonostante ciò, può essere integrata con esercizi di dilatazione vaginale o per la muscolatura pelvica, come nello studio di LoFrisco (2011). La CBT si compone principalmente di psicoeducazione, training sulle abilità comunicative (nella terapia di coppia), *problem solving*, desensibilizzazione sistematica e ristrutturazione cognitiva. Ha come oggetto principale la ristrutturazione di credenze cognitive disfunzionali e di comportamenti di evitamento. Entrambi questi aspetti sono fattori di mantenimento dei disturbi, rispettivamente a causa del bias di conferma (l'individuo predilige informazioni che confermano le proprie idee, in un circolo poco virtuoso) e del modello di paura-evitamento già precedentemente citato. La desensibilizzazione sistematica consiste nell'esporre gradualmente la paziente allo stimolo fobico, elicitando contemporaneamente una risposta di rilassamento; non potendo provare sia paura sia quiete, la paziente finisce per esperire una condizione di rilassamento durante l'esposizione alla situazione temuta, ricondizionandola così positivamente. Nel caso delle disfunzioni sessuali, questa pratica può comprendere l'uso dei dilatatori vaginali prima menzionati. La ristrutturazione cognitiva parte invece dall'assunto che i pensieri siano solo delle ipotesi sulla realtà, che necessitano di essere confrontate con dei "dati" invece che venir assodate per vere. Attraverso le domande del terapeuta e la prescrizione di azioni, la paziente è invitata a sostituire i suoi pensieri con altri più funzionali, per trasformare così a cascata le sue emozioni e comportamenti, i quali dipendono strettamente dalle cognizioni, secondo il modello di Beck (1963, 1964). Nell'alveo dei problemi sessuali le cognizioni maggiormente oggetto di trattamento nella CBT sono quelle concernenti le aspettative verso il partner, i ruoli di genere,

l'immagine corporea, le cognizioni catastrofizzanti, la distrazione durante il sesso, gli schemi negativi del sé e i falsi miti sull'attività sessuale (Stephenson e Kerth, 2017).

Mindfulness

La mindfulness fa parte delle terapie CBT di terza generazione e condivide con la terapia cognitivo-comportamentale la visione dei pensieri come eventi effimeri e contingenti. Tuttavia, mentre la CBT cerca di modificare gli schemi di pensiero disadattivi, la mindfulness cerca di sganciare l'attenzione dell'individuo dagli stessi, reindirizzandola sulle sensazioni corporee. Lo scopo è di coltivare il non giudizio e la consapevolezza nel qui e ora, così da sfavorire l'elevata distrazione cognitiva vissuta durante il sesso, che impatta negativamente la soddisfazione sessuale e il desiderio (Brotto *et al.* 2016). A tali scopi la mindfulness viene applicata agli esercizi di focalizzazione sensoriale, amplificando la consapevolezza delle proprie sensazioni corporee. Il rationale della MBT è proprio che l'ansia, la distraibilità e le intrusioni non siano sempre efficacemente risolte dalla CBT e che siano necessari nuovi approcci. Brotto sostiene che la focalizzazione sensoriale fu il primo uso della mindfulness nella *sex therapy* (Linschoten *et al.*, 2016). La differenza tra le due è che il primo prevede che la terapia sia necessariamente di coppia e non ha il vantaggio della "portabilità" (cioè può essere eseguita in molti modi e luoghi) (Brotto *et al.*, 2016). Sovente in un intervento *mindfulness-based* (MBT) sono presenti vari moduli progressivi, quali il *body scan*, la meditazione da seduti, il *mindful eating*, *mindful breathing* ecc., adattati da interventi per ansia e depressione come avviene anche per la CBT. Inoltre, spesso vengono inclusi la psicoeducazione e la focalizzazione sensoriale (Meyers, Margraf, Velten, 2022).

Terapia focalizzata sulle emozioni

La terapia focalizzata sulle emozioni, o *emotionally focused therapy* (EFT), è una terapia di coppia che si basa sull'assunto che i problemi sessuali riflettano dei problemi di attaccamento. Il sesso non è visto come puramente istintivo, ma come strettamente intrecciato alla dinamica di coppia. "*Sex is a dance and how partners respond to each other in the sexual context determines the quality of their sex lives*" (Johnson, Simakhodsaya, Moran, 2018, p.65). L'articolo appena citato spiega come diversi tipi di attaccamento portino a diversi modi di esperire la sessualità. Un attaccamento sicuro porta a una migliore esperienza della sessualità, la quale determina una maggiore apertura emozionale, in un circolo benefico. D'altro canto, un

attaccamento evitante potrebbe far investire meno sull'aspetto sessuale e portare a rifuggire il bisogno di vicinanza, mentre un attaccamento ansioso potrebbe condurre l'individuo a ricercare eccessiva rassicurazione e riconoscimento nel partner e a leggere le normali difficoltà che si verificano durante il sesso attraverso il filtro della paura dell'abbandono, conducendo all'inibizione sessuale. L'EFT, dunque, concepisce i problemi sessuali come dei problemi di coppia che nascono dall'instaurarsi di schemi di interazione disfunzionali tra i partner, alimentati dai loro stili di attaccamento. Questi schemi consistono di risposte spesso automatiche e reattive, che non permettono e non sottendono una reale sintonizzazione emotiva. L'approccio è sistemico in quanto attribuisce la disfunzione al sistema-coppia e non all'individuo. La terapia prevede tre fasi, qui esposte brevemente (Johnson *et al.*, 2018). La fase di consultazione prevede che si esplorino i pattern di distacco e di coinvolgimento emotivo, il funzionamento sessuale e la storia di vita dei due partner (eventuali coming out, traumi ecc.). Questo serve al terapeuta per vedere dove si blocca l'interazione e dove comincia la coazione di uno schema disfunzionale. Nella prima fase, detta di "*De-escalation*", si cerca di distendere i conflitti, creare uno spazio sicuro e indagare come sono vissuti i problemi sessuali e quali emozioni vi sono associate. Man mano che questi aspetti vengono verbalizzati la coppia comincia a vedere più chiaramente i propri circoli viziosi, i quali mantengono le insicurezze stesse che li generano. Il terapeuta ridescrive queste narrazioni all'interno della cornice della teoria dell'attaccamento. Nella seconda fase avviene la ristrutturazione del legame; la comunicazione emotiva si intensifica, il terapeuta evidenzia i momenti positivi di coppia e incoraggia i partner a condividere le fantasie sessuali. Eventuali traumi sessuali vanno tenuti in considerazione e può essere utile usare la focalizzazione sensoriale per vedere in che punti la paziente comincia a sentirsi insicura e a chiudersi. Nella terza fase il terapeuta introduce elementi di psicoeducazione per normalizzare i problemi sessuali. È il momento in cui i partner diventano più responsivi e attenti ai segnali dell'altro e non dovrebbero più aver bisogno di affidarsi alle loro aspettative guidate dalla paura.

Terapia sistemica

Un esempio di terapia sistemica è l'*Intersystem sex therapy approach* (Weeks, 1984), una terapia di coppia che tiene in considerazione molteplici sistemi, tra cui quello individuale, diadico, sociale, familiare e culturale. L'*Intersystem approach* spesso include al suo interno l'utilizzo dell'EFT e della focalizzazione sensoriale. Ha come fondamento l'elevata

comorbidità delle disfunzioni sessuali tra i partner di una coppia, la quale svela una possibile natura relazionale dei disturbi (Davies, Gibbons, Hughes, 2021).

Biblioterapia

La biblioterapia consiste nel fornire del materiale scritto, audio o video per trattare le disfunzioni sessuali negli individui o nelle coppie. I contenuti dei manuali possono essere di tipo informativo, educativo, narrativo (Hubin, De Sutter, Reynaert, 2011). Esiste in due formati principali: guidata dal terapeuta o con contatto minimo. Essendo una terapia molto flessibile, può anche essere erogata via mail e in generale via internet (van Lankveld, van de Wetering, Wylie, Scholten, 2020). I manuali utilizzati spesso sono di orientamento comportamentale e riportano l'applicazione della CBT o della focalizzazione sensoriale. È un'opzione meno intrusiva e meno costosa, ma le pazienti devono avere un'alta motivazione intrinseca.

New sex therapy

L'obiettivo principale della *new sex therapy* è sollevare la paziente dal disagio inflitto dalla disfunzione, in linea con l'approccio della *sex therapy*, sebbene vi sia una particolare attenzione ai conflitti della paziente, intesi in senso psicodinamico. Questi vengono presi in carico, monitorati e approfonditi, in particolare quando si manifestano come resistenze al trattamento (Kaplan, 1974). Kaplan combinò la focalizzazione sensoriale con la psicoterapia psicodinamica, enfatizzando l'importanza di personalizzarla in base ai bisogni più profondi della paziente (e del/della partner) e al suo disagio (Linschoten *et al.*, 2016).

Schema therapy

La schema therapy è una terapia integrata, che coniuga elementi di CBT, teoria dell'attaccamento, terapia della Gestalt e teorie delle relazioni oggettuali (Young, Klosko, Weishaar, 2003). È utilizzata principalmente nel trattamento dei disturbi di personalità ed è risultata efficace nella cura di autori di reati sessuali. Per quanto concerne le disfunzioni sessuali, la schema therapy non si focalizza solo sulla sintomatologia presente, ma concettualizza i disturbi alla luce di una cornice più ampia. Le pazienti con disturbi sessuali potrebbero avere sviluppato, a causa della frustrazione precoce dei bisogni primari, degli schemi maladattivi di sé stesse che fanno attivare delle modalità di coping autosabotanti per

evitare il dolore che lo schema porta con sé. L'esperienza sessuale può dunque venir letta attraverso queste lenti negative, conducendo a un'inibizione della risposta sessuale. Per uno stesso schema possono esistere, in base alle specificità dell'individuo, tre stili di coping: l'ipercompensazione, l'evitamento e la resa. Rispettivamente, questi stili portano all'aggressività verso l'altro, all'evitamento dell'interazione e all'accettazione del proprio schema negativo (Derby, Peleg-Sagy, Doron, 2016).

Altre: arte terapia, psicoanalitica

L'arte terapia per le coppie potrebbe essere uno strumento per migliorare l'efficacia della *sex therapy* e dell'EFT secondo Metzl (2020), ma la stessa autrice auspica maggiori studi quantitativi sul tema. L'assunto di base è che introdurre questo strumento nella valutazione o nel trattamento sia benefico poiché l'arte può permettere l'espressione di conflitti e sentimenti in maniera spontanea e immediata. Come già esposto, l'EFT si concentra sulla verbalizzazione di sentimenti e bisogni affettivi, per scardinare schemi di interazione rigidi presenti nella coppia, quali ad esempio la critica/attacco che porta alla difesa/distacco (Wiebe e Johnson, 2016). L'arte terapia potrebbe fornire, attraverso la realizzazione di disegni, l'emergere di una simbologia personale che dia uno spaccato sull'universo soggettivo della paziente. Potrebbe anche rendere più semplice alcune prassi tipiche della *sex therapy*, come la psicoeducazione sessuale. Oppure, sempre all'interno dell'EFT, potrebbe favorire la comunicazione delle emozioni che si accompagnano all'intimità, alle insicurezze corporee, alla voglia di contatto fisico. Potrebbe offrire un modo diverso di guardare ai torti subiti, alle incomprensioni, proprio grazie a quell'*insight* all'interno dell'esperienza del partner.

Sulla psicoterapia psicoanalitica non vi sono studi recenti che ne indaghino l'efficacia per i disturbi sessuali. In generale, non vi sono variazioni di tecnica particolari per le disfunzioni sessuali, che vengono sempre concettualizzate all'interno della teoria del conflitto (Wright, Perreault, Mathieu, 1977).

DISEGNI SPERIMENTALI

Verranno esaminati di seguito due recenti studi per offrire uno spaccato sulle metodologie di ricerca in sessuologia clinica, sottolinearne i limiti ed esplorare le proposte di ricerca futura volte all'avanzamento della stessa. Negli studi sono presenti dei questionari, ossia degli strumenti psicometrici, volti a misurare i costrutti che giocano un ruolo importante nelle disfunzioni sessuali. La scelta del questionario è cruciale poiché determina quali risultati (primari e secondari, anche detti *endpoint*) si andranno a osservare, ovvero su quali aspetti della sessualità verrà valutato il cambiamento. L'oggetto della maggior parte degli studi in letteratura sul tema è il *female sexual interest/arousal disorder* (SIAD), ovvero il disturbo del desiderio sessuale e dell'eccitazione sessuale femminile, che è la sindrome più prevalente nella popolazione femminile.

Nel primo studio, dal titolo "*A randomized trial comparing group mindfulness-based cognitive therapy with group supportive sex education and therapy for the treatment of female sexual interest/arousal disorder*", Brotto e collaboratori (2021) hanno comparato una terapia cognitiva basata sulla mindfulness (MBCT) integrata con elementi di educazione sessuale e una terapia di stampo educativo e supportivo (STEP), per donne affette dal SIAD. Il secondo trattamento è stato dispensato al gruppo di controllo allo scopo di far beneficiare le partecipanti degli stessi elementi aspecifici del trattamento principale (quali il supporto, le discussioni ecc.) e delle stesse componenti di educazione sessuale, così da poter valutare l'effetto della sola mindfulness. Era atteso che il gruppo sperimentale MBCT migliorasse di più di quello STEP. Il campione di convenienza comprendeva 148 donne, poi randomizzate nei due gruppi. Le partecipanti sono state incluse sulla base della diagnosi di SIAD e sono state escluse nel caso soffrissero di una condizione psichiatrica non trattata, di dolore vulvare o di sintomi dissociativi. La terapia MCBT includeva le seguenti pratiche: *eating meditation*, *body scan*, respirazione, consapevolezza delle sensazioni fisiche e sessuali, uso di strumenti di autoerotismo, focalizzazione sensoriale. I temi affrontati dallo STEP erano invece l'educazione sessuale sulla disfunzione e sul ciclo di risposta sessuale, le credenze sessuali e l'immagine corporea, i bias di pensiero, l'esplorazione tattile del corpo, l'utilizzo di ausili erotici e la focalizzazione sensoriale. Lo STEP non includeva la mindfulness e comprendeva un supporto emotivo, empatico e incoraggiante. Entrambi i trattamenti sono stati somministrati in 8 sessioni, di 2 ore e 25 minuti ciascuna, da clinici specializzati in training gruppali. Alle partecipanti è stata fatta una valutazione alla baseline, che includeva l'anamnesi e alcune domande cliniche sul disturbo. Le partecipanti hanno completato inoltre vari questionari prima e dopo il

trattamento e nei successivi due follow up (dopo 6 e 12 mesi). Le misure principali che sono state raccolte riguardavano il desiderio (ed elementi di motivazione ed eccitazione) e il disagio, entrambi fondanti la diagnosi di SIAD. Oltre a queste, sono state misurate la soddisfazione relazionale, la ruminazione e l'impressione globale di cambiamento (una misura esplorativa). L'aspettativa era che i punteggi in queste aree migliorassero significativamente dopo il trattamento e si mantenessero fino a 12 mesi. L'eccitazione e il desiderio sono state misurate con il *Sexual Interest/Desire Inventory* (SIDI, Clayton *et al.*, 2006), che fornisce informazioni anche sull'eccitabilità, sui pensieri durante il sesso, sulla presenza di iniziativa ecc. Il disagio è stato misurato con la scala *Female Sexual Distress Scale-Revised* (FSDS-R, Derogatis *et al.*, 2008), mentre la soddisfazione relazionale con la *Relationship Assessment Scale* (RAS, Hendrick *et al.*, 1998). La ruminazione è stata valutata attraverso il *Ruminative Reflection Questionnaire* (RRQ, Trapnell e Campbell, 1999), con item sulla ruminazione e la riflessione, le quali sono state descritte dagli autori rispettivamente come “*self-attentiveness motivated by perceived threats, losses, or injustices to the self*” e “*self-attentiveness motivated by curiosity or epistemic interest in the self*”. È stata misurata anche la credibilità del trattamento, con item del tipo “*to what extent do you think the treatment you will receive is logical in terms of alleviating your sexual desire concerns?*” (Brotto *et al.*, 2021). Anche l'osservanza dei compiti per casa (*homework compliance*) è stata adeguatamente monitorata. Sono state svolte delle analisi sia infragruppo (*within-group*), ovvero con i punteggi prima e dopo il trattamento, sia tra i gruppi (*between-group*), sia sull'interazione tra i due, ovvero comparando i cambiamenti dentro il gruppo tra i gruppi.

Rispetto ai risultati, circa il 70% delle donne in entrambi i gruppi ha portato a termine tutte le sessioni. Eccitazione e desiderio sono incrementati con grandi *effect size* sia dopo il trattamento ($d = -1.29$) sia nei due follow up ($d = -1.44, -1.60$), senza differenza significativa tra i due gruppi, al contrario del disagio che si è ridotto di tre punti in più nel MBCT rispetto allo STEP ($d = 0.83, 0.90, 1.17$, dopo il trattamento e nei follow up). La soddisfazione relazionale è migliorata in tutte e tre le condizioni post trattamento ($d = -0.18, -0.20, -0.17$), leggermente di più nel MBCT di 0.3-0.4 punti. Lo stesso si è verificato per la ruminazione, con *effect size* medi ($d = 0.42, 0.51, 0.69$) e un miglioramento di 0.4-0.6 punti in più a favore del gruppo MBCT. Per quanto concerne le impressioni soggettive di cambiamento il 58,4% del gruppo MBCT e il 44,1% del gruppo STEP hanno riportato un cambiamento positivo nel desiderio sessuale. Secondo gli autori è plausibile che l'assente differenza significativa tra i gruppi nel risultato principale sia dovuta a fattori comuni tra i due trattamenti. La mindfulness presumibilmente ha

aumentato l'attenzione verso i segnali sessuali e la consapevolezza interocettiva delle sensazioni corporee. Lo STEP ugualmente potrebbe aver direzionato l'attenzione in modo da elicitare il desiderio e l'educazione sessuale potrebbe aver ridotto le credenze negative. Le partecipanti, inoltre, si sono sentite comprese e meno isolate e questo, nonostante sia un fattore aspecifico, potrebbe essere diventato particolarmente esplicito e terapeutico nello STEP. Altri fattori in comune possono essere stati le aspettative positive e l'alleanza terapeutica. Per quanto concerne il disagio, esso nel primo gruppo può essere stato mediato (ovvero spiegato) dall'autocompassione, probabilmente non elicitata dal secondo. Riguardo alla soddisfazione relazionale, il suo miglioramento è plausibilmente spiegato dall'aumento verificatosi negli *endpoint* primari, ovvero eccitazione, desiderio e disagio, a cui è strettamente legata. La mindfulness è risultata lievemente migliore probabilmente poiché è una moderatrice dello stress, spesso presente nei conflitti relazionali. La mindfulness, inoltre, può essere stata particolarmente efficace per la ruminazione grazie alla coltivazione dell'accettazione e alla pratica per i pensieri intrusivi. In molti studi, infatti, la riduzione della ruminazione è stata mediata dall'accettazione. I risultati inducono a pensare che il trattamento MBCT possa essere particolarmente indicato nei casi di elevato disagio associato ai sintomi di SIAD, di consistente tendenza alla ruminazione e di insoddisfazione relazionale. Entrambi i trattamenti però sono risultati efficaci, quindi l'educazione sessuale e la ristrutturazione di credenze negative, in un ambiente supportivo, può essere sufficiente per generare un miglioramento significativo.

Il secondo studio, condotto da Meyers e collaboratori (2022), è stato presentato nell'articolo dal titolo "*A qualitative study of women's experiences with cognitive-behavioral and mindfulness-based online interventions for low sexual desire*". È un'analisi qualitativa condotta a seguito della somministrazione di due differenti trattamenti online a due gruppi sperimentali. Spesso, come si vedrà in seguito, quando si testa l'efficacia delle terapie i risultati possono essere contrastanti e non è sempre chiaro su quali tipologie di individui l'intervento sia maggiormente efficace. A questo scopo delle interviste qualitative semi-strutturate hanno scandagliato le opinioni delle partecipanti sulle terapie proposte. Le due terapie dispensate via internet erano la CBT e la MBT. Entrambi i trattamenti includevano elementi di psicoeducazione e terapia mansionale. Le partecipanti erano 51 e sono state incluse sulla base della diagnosi di disturbo ipoattivo del desiderio sessuale (HSDD), come definito dall'ICD-11, che rassomiglia il più recente SIAD. Le partecipanti erano invitate a completare un modulo online a settimana, che comprendeva video, audio e illustrazioni. Ad esso seguiva un coaching

asincrono da parte di alcuni studenti in psicologia clinica preparati per tale compito. Le interviste semi-strutturate prevedevano 13 domande e i temi che indagavano erano i seguenti: le aspettative nei confronti della terapia, i cambiamenti attribuiti al trattamento, le ricadute sulle relazioni intime, i punti di forza e debolezza dei contenuti e della struttura delle terapie, i vantaggi e svantaggi dell'online, le sfide all'aderenza terapeutica, le difficoltà esperite.

L'86% ha ritenuto l'intervento utile. Riguardo alla CBT, le partecipanti hanno reputato utile la ristrutturazione cognitiva nel definire il ruolo degli schemi maladattivi e gli esercizi cognitivi nel trasformare i pensieri negativi in modi di pensare più funzionali. Alcune partecipanti l'hanno però trovata difficile e complicata. Questo suggerisce che il risultato del trattamento possa essere moderato dall'età e dal livello di istruzione. Per quanto concerne la MBT, la maggior parte delle partecipanti ha ritenuto che gli esercizi fossero utili. Molte hanno definito le pratiche molto efficaci per aumentare la consapevolezza delle sensazioni corporee durante il sesso. Altre hanno menzionato un incremento della consapevolezza metacognitiva. Alcune donne però non si sono trovate comode con la pratica o con alcuni esercizi specifici. A tal proposito, alcuni studi avevano già documentato come la mindfulness potesse generare stress ed essere eccessivamente dispendiosa in termini di tempo. Rispetto invece agli elementi di terapia mansionale, gli esercizi di auto stimolazione sono stati considerati efficaci nell'accrescere il desiderio. Quelli di accettazione della propria immagine corporea sono stati vissuti positivamente in quanto hanno permesso alle partecipanti di sviluppare un atteggiamento più compassionevole verso sé stesse. Gli esercizi di focalizzazione sensoriale con il partner hanno ridotto l'ansia da prestazione. Anche la psicoeducazione è stata considerata utile poiché ha fornito conoscenze arricchenti. Alcune donne si sono sentite a disagio negli esercizi di masturbazione a causa della mancata esperienza e confidenza col proprio corpo. È stata inoltre criticata l'insufficiente attenzione posta dai somministratori nell'educare e nel motivare il partner allo svolgimento degli esercizi in coppia.

Rispetto alla struttura e alla presentazione degli interventi, i feedback dei coach sono stati vissuti come motivanti, rassicuranti ed empatici, eccetto per due partecipanti. Il 16% delle donne avrebbe preferito dei feedback più personalizzati. Alcune si sono lamentate della mancanza di contatto dovuta all'interazione virtuale. Questo potrebbe aver deresponsabilizzato e disincentivato le partecipanti rispetto al prosieguo del programma. Inoltre, è stato sottolineato come l'organizzazione, il cospicuo impegno e la disponibilità di tempo siano stati elementi determinanti per portare a termine le sessioni. Come punti di forza sono stati menzionati

l'anonimato, la mancanza di stigmatizzazione e la flessibilità. Il 18% delle partecipanti ha riportato problemi tecnici nell'uso della piattaforma virtuale.

Limiti e proposte di ricerca futura

Se il primo studio è un buon esempio di disegno sperimentale robusto a cui ispirarsi, la maggior parte degli studi sperimentali, in particolare quelli sul presente tema, contengono diversi limiti nel modo in cui vengono costruiti. Tra questi si elencano: la mancata randomizzazione dei partecipanti, l'esigua grandezza del campione, l'assenza di follow up, la difficoltà nel generalizzare i risultati all'intera popolazione femminile, gli alti tassi di drop out e il conseguente errore di analisi generato dal fatto che rimangono solo le donne più motivate e positive verso il trattamento. In aggiunta, i limiti dei questionari (alcuni dei quali richiedono che la donna sia sessualmente attiva) e la loro mancanza di inclusività, la difficoltà nell'identificare quali componenti del trattamento abbiano causato il risultato (come accennato nell'Introduzione), la non inclusione nelle analisi delle aspettative sulla terapia e dell'osservanza dei compiti per casa (e in generale di mediatori e moderatori), per comprendere cosa determini il successo della terapia. Infine, la mancanza di un gruppo di controllo è uno dei problemi più seri in quanto, in sua assenza, i risultati possono essere interpretati solamente rispetto ai punteggi prima del trattamento e non risulta chiaro se il cambiamento sia dovuto al passare del tempo o meno. Considerando invece il quadro generale si fa notare come spesso vi sia un bias di pubblicazione (Stephenson e Kerth, 2017), per cui vengono pubblicati solo studi dagli esiti positivi e celati quelli che non hanno sortito gli effetti sperati, probabilmente a causa del pensiero erroneo che solo i primi siano rilevanti all'avanzamento della ricerca.

EFFICACIA DELLE TERAPIE

Per misurare l'efficacia delle terapie solitamente vengono utilizzati il *p-value* o la *d* di Cohen (come misura dell'*effect size*). A volte si utilizza anche l'*Hedges' g*, simile alla *d* di Cohen. Il *p-value* indica la più piccola probabilità di commettere un errore del I tipo, ovvero di rigettare H_0 quando è vera. È anche chiamato significatività statistica, quindi la probabilità che la differenza osservata sia dovuta al caso (dev'essere piccola), e dipende dalla grandezza del campione e dall'*effect size*. Quest'ultimo invece è la misura quantitativa della forza di un fenomeno non influenzato dalla grandezza del campione e determina la magnitudine dell'effetto. La *d* di Cohen è il cambiamento medio avvenuto con il trattamento diviso per la deviazione standard alla baseline (Pyke e Clayton, 2018).

Verranno ora passate in rassegna varie ricerche che hanno indagato l'efficacia delle terapie per i disturbi sessuali femminili.

Disturbo del desiderio sessuale e dell'eccitazione sessuale femminile

La rassegna di Pyke e Clayton (2018) indaga gli effetti di alcuni studi che testano dei trattamenti farmacologici rispetto a un placebo o dei trattamenti CBT/ *mindfulness meditation training* (MMT) rispetto a una lista d'attesa, su donne affette da HSDD. Tra quelli psicologici si trovano l'articolo di Hucker e McCabe (2015), basato primariamente sulla CBT, lo studio di Brotto e Basson (2014) e lo studio di Brotto e collaboratori (2012), basati sulla *mindfulness*. Nel primo articolo sono menzionati due studi, uno che ha implementato il programma online *Revive* (Jones e McCabe, 2011) basato sulla CBT, con elementi di focalizzazione sensoriale, esercizi di comunicazione e contatto e-mail con un terapeuta. È stato testato su 39 donne con disfunzioni sessuali miste e i loro partner e ha visto un miglioramento significativo in tutti i disturbi (Seal e Meston, 2018). Il secondo era uno studio randomizzato e controllato (RCT) che indagava l'efficacia di un programma online basato sulla CBT, chiamato *Pursuing Pleasure* (PP) con gli stessi elementi del precedente, la psicoeducazione, la *mindfulness* e con un'enfasi maggiore sul cambiamento cognitivo. Il gruppo trattato è migliorato significativamente in confronto alla lista d'attesa nel desiderio sessuale ($p < 0.05$), nell'eccitazione ($p < 0.001$) e nella lubrificazione ($p < 0.01$). Nonostante questi miglioramenti, il 27% delle donne dopo il trattamento e il 35% al follow up hanno continuato a esperire difficoltà sessuali più del 50% delle volte. Questo può essere dovuto al fatto che il 73% delle donne nel gruppo sperimentale e il 61% nella lista d'attesa soffrivano di più tre o più disfunzioni sessuali in comorbidità.

Tornando alla rassegna, nella tabella 1 qui sotto riportata sono riportati i valori delle d di Cohen per gli studi sulle psicoterapie menzionate. La media di tali d è 1.00 (con deviazione standard di 0.36) per CBT e MMT e 0.05 (sd= 0.26) per la lista d'attesa. La media degli *effect size* dei trattamenti farmacologici è invece 0.97 (sd= 0.34) e quella dei placebo 0.55 (sd= 0.16).

B Wait-List vs CBT or MMT

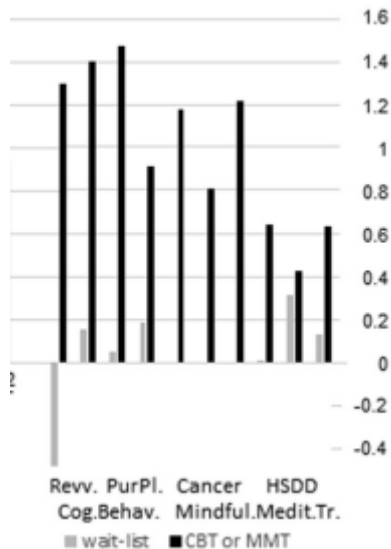


Tabella 1: Valori delle d di Cohen per CBT e MMT comparati alla lista d'attesa (Pyke e Clayton, 2018, p. 6)

Lo studio di Gunst e collaboratori (2019) ha predisposto un trattamento individuale breve basato sulla mindfulness, comparandolo allo stesso trattamento a cui sono stati aggiunti elementi motivazionali e di programmazione dell'attività sessuale. Il disegno sperimentale era di tipo RCT, prevedeva una lista d'attesa ed è stato somministrato a 70 donne con diagnosi di SIAD. Non è stata osservata una differenza significativa nei due gruppi in termini di efficacia della terapia (in tutte le misure confrontate $p > 0.10$). In entrambi i gruppi psicoterapici le partecipanti sono migliorate nel desiderio con *effect size* da medio a grande ($d=0.75$ nel primo e $d=0.82$ nel secondo) e hanno mantenuto il cambiamento al follow up, a differenza della lista d'attesa che non ha riportato cambiamenti significativi. Le partecipanti sono migliorate significativamente anche nel disagio ($d=0.76$ nel primo gruppo e $d=0.84$ del secondo) e nella soddisfazione sessuale, ma non nell'eccitazione e nella lubrificazione. Rispetto invece alla significatività *clinica*, il 48.1% del primo gruppo e il 48.7% del secondo hanno riportato miglioramenti sulla scala del desiderio del *Female Sexual Function Index* (FSFI, Rosen *et al.*, 2000).

La ricerca di Paterson, Handy e Brotto (2017) ha indagato l'effetto di una terapia MBCT della durata di 8 sessioni gruppali per 26 donne affette da SIAD. Non era presente un gruppo di controllo. Rispetto alla baseline, il desiderio è incrementato significativamente del 60% ($d=0.94$), il funzionamento sessuale del 26% ($d=0.86$) e il disagio relato è diminuito del 20% ($d=-0.68$). Il cambiamento nel desiderio è stato moderato e mediato significativamente dalla consapevolezza interocettiva ($p=0.006$ e $p=0.031$), quello nel disagio è stato moderato dall'umore depresso ($p=0.047$), dalla consapevolezza interocettiva ($p=0.05$) e dall'età. Il cambiamento nel funzionamento sessuale è stato mediato dal cambiamento nell'esperienza di mindfulness ($p=0.014$), nell'umore depresso ($p=0.009$) e nell'autocompassione ($p=0.007$).

La revisione di Linschoten e colleghi (2016) sulla focalizzazione sensoriale sottolinea che questa è una tecnica utile per le disfunzioni di eccitazione e desiderio, quando integrata con altri interventi. Se alcuni ricercatori la considerano sufficiente da sola, altri raccomandano il supplemento di altri esercizi, quali quelli comunicativi o di masturbazione.

Günzler e Berner (2012) nella loro rassegna di studi RCT hanno analizzato alcuni studi, non molto recenti, concernenti l'HSDD. In due di questi la CBT si è dimostrata più efficace della lista d'attesa. Uno di questi è lo studio di Trudel e collaboratori (2001), dov'è stata dispensata a 77 coppie una terapia CBT di gruppo, a seguito della quale il 74% delle donne non soddisfaceva più i criteri diagnostici. Al follow up invece il risultato si assestava al 64% (Seal e Meston, 2018). L'altro, di Hulbert, White e Powel (1993), ha confrontato due trattamenti gruppalmente uguali, di cui uno con un training sull'orgasmo per sole donne e l'altro per coppie. È stato osservato che il secondo fosse più efficace del primo al follow up ($p < 0.05$) e che entrambi fossero migliori della lista d'attesa ($p < 0.001$). La ricerca di Trudel e collaboratori (2001) viene sovente menzionata negli articoli, spesso posta a paragone di un altro studio coevo di McCabe (2001), nel quale solo il 26% era migliorato significativamente nel desiderio a seguito di una stessa terapia CBT (Paterson *et al.*, 2017). Questo per sottolineare come spesso i risultati su tale terapia siano controversi. L'altro studio analizzato dalla rassegna è quello di MacPhee, Johnson e Van der Veer (1995), che compara un trattamento EFT per coppie a una lista d'attesa, trovando risultati contrastanti. Le donne hanno riportato più desiderio ma maggiore evitamento sessuale.

Nella metanalisi di Frühauf e colleghi (2013) sono stati inclusi 20 studi RCT che confrontavano un trattamento psicologico a una lista d'attesa, per varie disfunzioni sessuali. L'*effect size* totale post trattamento per la severità dei sintomi è stato $d = 0.58$ (95% CI: [0.40, 0.77]), mentre per la soddisfazione sessuale è stato $d = 0.47$ (95% CI: [0.27, 0.70]). Gli interventi analizzati, in particolare, sono stati efficaci nel migliorare l'intensità dei sintomi in donne affette da HSDD o disturbo dell'orgasmo. La revisione sistematica svolta dagli stessi autori invece includeva 14 studi senza gruppo di controllo che comparavano due trattamenti distinti. La variabilità negli *effect size* è risultata ampia (d tra -0.69 e 2.29 per la severità dei sintomi e tra -0.56 e 14.02 per la soddisfazione sessuale).

	<i>n</i>	<i>d</i>	95% CI	<i>p</i>	<i>I</i> ² (%)
<i>Symptom severity</i>					
Erectile dysfunction	7	0.53	-0.08 to 1.14	.078	0.00
Female hypoactive sexual desire disorder	4	0.91	0.38 to 1.45	.012	0.00
Female orgasmic disorder	15	0.46	0.07 to 0.86	.024	0.00
Mixed sexual dysfunctions	4	0.37	-0.06 to 0.82	.072	19.22
Premature ejaculation	1	0.08	-0.57 to 0.73	-	-
Vaginismus	2	0.86	0.39 to 1.33	.174	0.00
<i>Sexual satisfaction</i>					
Erectile dysfunction	7	0.38	-0.17 to 0.94	.143	0.00
Female hypoactive sexual desire disorder	4	0.51	-0.18 to 1.20	.100	33.73
Female orgasmic disorder	13	0.46	0.02 to 0.90	.042	0.00
Mixed sexual dysfunctions	7	0.66	0.04 to 1.28	.041	49.95
Premature ejaculation	1	0.66	-0.01 to 1.33	-	-
Vaginismus	0	-	-	-	-

n number of comparisons, *d* standardized mean difference, *CI* confidence interval, *p* level of significance of effect size from stratified meta-analyses, *I*² variability between studies

Tabella 2: Risultati della metanalisi stratificati per disfunzione sessuale (Frühauf et al., 2013, p.925)

Come si osserva nella tabella 2 c'è un notevole *effect size* per la severità dei sintomi in donne con HSDD ($d= 0.91$, 95% CI: [0.38, 1.45], $p= 0.12$), mentre non si è verificato un miglioramento significativo nella soddisfazione sessuale ($d=0.51$, 95% CI: [-0.18, 1.20], $p=0.10$). Nelle tabelle 3 e 4 sono riportati gli *effect size* per l'HSDD stratificati per tutti i tipi di terapie sessuali presenti negli studi della metanalisi, mostrando quali siano i trattamenti più efficaci per ridurre l'intensità dei sintomi o per migliorare la soddisfazione sessuale.



Tabella 3: Efficacia delle diverse terapie sulla severità dei sintomi per l'HSDD (Frühauf et al., 2013, p.926).



Tabella 4: Efficacia delle diverse terapie sulla soddisfazione sessuale per l'HSDD (Frühhauf et al., 2013, p.927).

Nella rassegna invece si è riscontrato che il connubio di CBT e training per le abilità sessuali fosse superiore alla classica CBT ($d= 0.69$) nel ridurre l'intensità dei sintomi di HSDD. Mentre per la soddisfazione sessuale la CBT classica si è rivelata superiore alla combinazione menzionata ($d= 0.79$).

La metanalisi di Stephenson e Kerth (2017) ha indagato invece l'efficacia delle terapie basate sulla mindfulness su studi recenti non controllati o controllati. Come si osserva nella tabella 5, per i primi sono stati computati gli *effect size* da prima a dopo il trattamento ed è stato trovato un effetto moderato per l'eccitazione (*Hedges' g* = 0.63, 95% CI: [0.41, 0.85], $p<0.001$) e il desiderio (*Hedges' g* = 0.61, 95% CI: [0.45, 0.78], $p<0.001$). Rispetto ai secondi, le pazienti che hanno ricevuto il trattamento MBT, a differenza della lista d'attesa, sono migliorate nelle misure di desiderio (*Hedges' g* = 0.52, 95% CI: [0.15, 0.89], $p< 0.01$), lubrificazione (*Hedges' g* = 0.64, 95% CI: [0.05, 1.20], $p< 0.05$) ed eccitazione (*Hedges' g* = 0.89, 95% CI: [-0.10, 1.80], $p<0.10$), solo che in quest'ultima non viene raggiunta la significatività statistica.

Outcome Measure	N of Studies (N of Participants)	Hedges' g	95% CI	Heterogeneity (Q Value)	I ²	Sensitivity Analysis (.1/.4)	Adjusted Estimate (95% CI) Based on Trim and Fill
<i>11 Studies of Mindfulness-Based Therapy for Female Sexual Dysfunction</i>							
Sexual desire	11 (335)	.61***	.45-.78	23.07*	56.65	.51/.56	.45 (.28-.62)
Sexual arousal	11 (270)	.63***	.41-.85	35.77***	72.04	.39/.54	.54 (.31-.78)
Lubrication	11 (260)	.41***	.25-.57	24.03**	58.38	.20/.33	.30 (.11-.48)
Orgasm	11 (265)	.48***	.30-.66	28.81**	65.29	.21/.39	.39 (.18-.60)
Pain	11 (212)	.28***	.17-.38	7.00	0.00	.13/.22	.27 (.17-.37)
Sexual satisfaction	11 (260)	.57***	.40-.74	21.50*	53.50	.40/.53	.48 (.30-.66)
Sexual distress	10 (297)	.55***	.42-.68	13.28	32.21	.48/.50	.49 (.34-.65)
Outcome Measure	N of Participants (MBT, Waitlist)	Hedges' g	95% CI	Heterogeneity (Q Value)	I ²	Sensitivity Analysis (.1/.4)	Adjusted Estimated (95% CI) Based on Trim and Fill
<i>Four Studies of Mindfulness-Based Therapy vs. Wait List</i>							
Sexual desire	174, 99	.52**	.15-.89	5.78	48.09	.25/.38	.29 (-.11-.68)
Sexual arousal	127, 74	.89 [†]	-.01-1.8	21.57***	86.09	.16/.60	.64 (-.21-1.50)
Lubrication	121, 74	.64*	.05-1.2	9.22*	67.48	.23/.42	.46 (-.20-1.1)
Orgasm	124, 74	.44**	.12-.77	3.46	11.93	.18/.34	.41 (.12-.70)
Pain	81, 59	.21	-.12-.55	2.63	0	.03/.16	.13 (-.18-.44)
Sexual satisfaction	121, 73	.91**	.32-1.5	8.90*	66.28	.49/.78	.91 (.32-1.50)
Sexual distress	173, 99	.46	-.10-1.0	13.02**	76.95	.03/.27	.18 (-.49-.84)

Note. All values and significance tests use random effects models. For sensitivity analysis column, left and right values represent estimated effect given .1 and .4 probability, respectively, of null results being published; CI = confidence interval.
[†]p < .10; *p < .05; **p < .01; ***p < .001.

Tabella 5: Risultati della metanalisi di studi controllati e non (Stephenson e Kerth, 2017, p.842).

Jaderek e Lew-Starowicz (2019) hanno svolto una rassegna sulle terapie basate sulla mindfulness per le disfunzioni sessuali. Per quanto concerne il disturbo di eccitazione e desiderio sono stati considerati una ricca mole di studi, elencati di seguito. La ricerca di Brotto, Basson e Luria (2008) proponeva un trattamento con elementi di psicoeducazione, CBT e mindfulness a 26 donne, senza un gruppo di controllo. Le partecipanti hanno riportato di aver trovato la parte di mindfulness particolarmente efficace. È aumentato il desiderio ($p < 0.01$), la lubrificazione ($p < 0.05$) e l'interesse nel sesso ($p < 0.001$). Una ricerca di Velten, Margraf, Chivers e Brotto (2018) ha mostrato a 41 partecipanti dei film erotici e ha fatto svolgere nei due gruppi sperimentali degli esercizi di mindfulness o degli esercizi di rilassamento. Solo nel gruppo della mindfulness è aumentata l'eccitazione esperita ($p < 0.001$) e la concordanza tra questa e l'eccitazione genitale ($p = 0.002$). Uno studio di Brotto e collaboratori (2016) ha dispensato a 79 partecipanti un trattamento di gruppo basato sulla mindfulness e la *sex therapy*. È aumentata la concordanza tra l'eccitazione soggettiva e la risposta genitale di eccitazione rispetto a prima del trattamento ($p < 0.001$) e quella percepita ha preceduto quella genitale. Nello studio di Brotto, Seal e Rellini (2012) sono stati confrontati un trattamento CBT e MBT su 20 donne con una storia di abuso sessuale e SIAD. Nel gruppo mindfulness sono aumentati l'eccitazione soggettiva e il desiderio ed è avvenuto un miglioramento nella concordanza tra l'eccitazione percepita e quella genitale ($p < 0.005$), mentre nel gruppo CBT non si è verificato. Nello studio di Brotto e Basson (2014) è stato testato un trattamento con elementi di psicoeducazione e mindfulness su 95 donne. Il risultato è stato positivo per il desiderio

($p=0.005$), l'eccitazione ($p<0.001$), la lubrificazione ($p<0.01$), la soddisfazione sessuale ($p<0.50$) e il funzionamento sessuale ($p<0.01$). L'effetto è stato mantenuto al follow up di sei mesi. Un riassunto dei risultati di tutte le terapie su desiderio ed eccitazione è presente nei grafici 6 e 7.

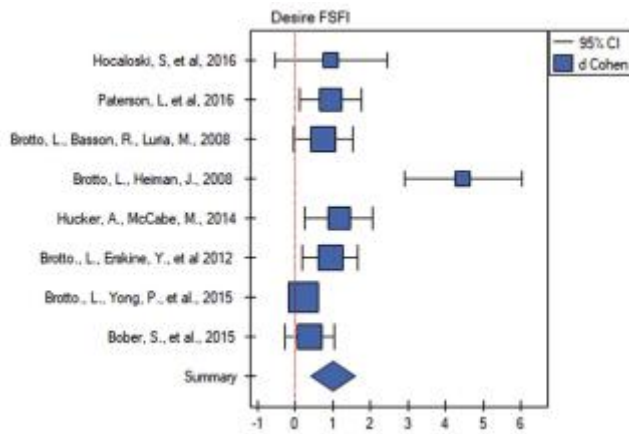


Tabella 6: Cambiamenti nel desiderio prima e dopo il trattamento (Jaderek e Lew-Starowicz, 2019, p.1590)

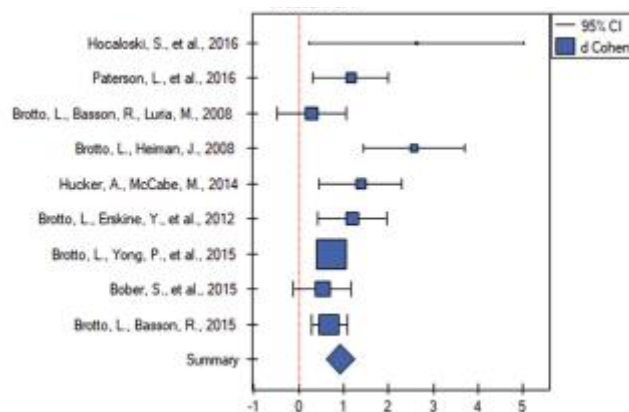


Tabella 6: Cambiamenti nell'eccitazione prima e dopo il trattamento (Jaderek e Lew-Starowicz, 2019, p.1590)

Seal e Meston (2018) hanno revisionato gli studi che manipolano la consapevolezza corporea per misurarne l'effetto, o che la includono implicitamente come elemento terapeutico, come avviene nelle terapie basate sulla focalizzazione sensoriale e la mindfulness. Gli studi che analizzano l'effetto delle terapie su donne affette da disturbo dell'eccitazione e desiderio sono quasi tutti già stati menzionati. L'unico non ancora visto è quello di Sarwer e Durlak (1997), condotto su 182 donne, di cui 124 donne affette da HSDD, a cui è stato somministrato un trattamento di coppia di focalizzazione sensoriale, che ha dato luogo a una percentuale di successo totale del 64% (in cui è incluso anche l'effetto su

anorgasmia, vaginismo, dispareunia). La maggior parte degli studi che hanno manipolato in laboratorio la consapevolezza corporea sono stati testati su donne senza disfunzioni sessuali, riscontrando un generale miglioramento nell'eccitazione soggettiva.

Disturbo dell'orgasmo femminile

L'articolo di Krakowsky e Grober (2018) riporta, citando l'articolo di Hucker e McCabe (2015), come la mindfulness, la terapia mansionale, lo yoga e l'uso dei *sex toys* siano particolarmente efficaci per i problemi orgasmici. Nello studio di Hucker e McCabe (2015), infatti, c'è stato un miglioramento significativo nella capacità orgasmica ($p= 0.001$), a seguito

del programma PP già menzionato. Secondo Meston, Hull, Levin e Sipski (2004) la masturbazione diretta è particolarmente utile per l'anorgasmia permanente.

La metanalisi di Stephenson e Kerth (2017) sulla mindfulness rileva un effetto moderato sul disturbo dell'orgasmo nell'analisi di studi non controllati (*Hedges' g* = 0.48, 95% CI: [0.30, 0.66], $p < 0.001$) o con lista d'attesa (*Hedges' g* = 0.44, 95% CI: [0.12, 0.77], $p < 0.01$).

Nella metanalisi di Frühauf e colleghi (2013) vengono analizzati 6 studi sul disturbo dell'orgasmo molto datati. Per questo disturbo gli interventi psicologici mostrano effetti moderati sulla severità dei sintomi ($d = 0.46$, 95% CI: [0.07, 0.86], $p = 0.024$) e sulla soddisfazione sessuale ($d = 0.46$, 95% CI: [0.02, 0.90], $p = 0.042$). I risultati divisi per tipologia

di trattamento sono invece esposti nelle tabelle 8 e 9.

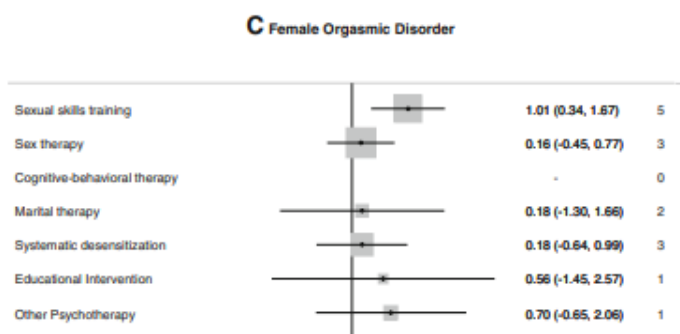


Tabella 8: Efficacia delle terapie sulla severità dei sintomi per il disturbo dell'orgasmo (Frühauf et al., 2013, p.926)

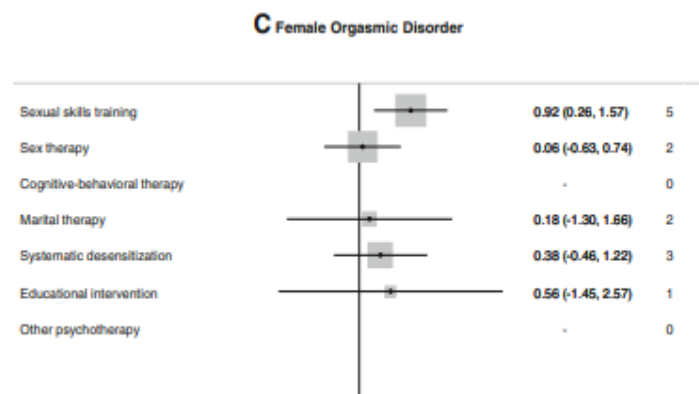


Tabella 9: Efficacia delle terapie sulla soddisfazione sessuale per il disturbo dell'orgasmo (Frühauf et al., 2013, p.927)

Dalla rassegna invece emerge che per la severità dei sintomi sia maggiormente efficace la terapia mansionale di coppia se confrontata

con una terapia di coppia basata sulle abilità comunicative ($d = -0.53$) e il training delle abilità sessuali se confrontato con la psicoeducazione ($d = 2.29$). Mentre per la soddisfazione sessuale la terapia di coppia basata sulla comunicazione è più efficace della terapia mansionale ($d = 0.33$) e il training delle abilità

sessuali è anche qui migliore della psicoeducazione ($d = 1.14$).

Nello studio sperimentale di Paterson e colleghi (2017), per donne affette da SIAD, si è verificato un miglioramento anche nella misura dell'orgasmo, con $p = 0.012$ e $d = 0.61$.

Disturbo del dolore genito-pelvico e della penetrazione

Gli studi spesso distinguono le varie manifestazioni del dolore sessuale in vaginismo (contrazione involontaria della muscolatura vaginale che impedisce la penetrazione), dispareunia (dolore ai rapporti), PVD (*provoked vestibulodynia*, ossia dolore vulvare localizzato nel vestibolo elicitato dal tatto) e vulvodinia (bruciore e dolore vulvare cronico).

Nello studio di ter Kuile e collaboratori (2013) viene fornita evidenza empirica sull'efficacia dell'esposizione graduale coadiuvata dal terapeuta, che si basa sul modello di paura-evitamento, per il trattamento del vaginismo permanente. L'88.6% (95% CI: [72.3%, 96.3%]) delle partecipanti a seguito della terapia sono riuscite ad avere un rapporto coitale, di cui il 90% entro le prime due settimane dal trattamento, a differenza dell'11.4% delle donne della lista d'attesa (95% CI: [3.7%, 27.7%]). I risultati sono stati mantenuti al follow up di 1 anno. Tuttavia, il funzionamento sessuale generale non è migliorato, implicando che la possibilità di avere un rapporto penetrativo non coincida con la sua piacevolezza.

Lo studio RCT di Hucker e McCabe (2015) non ha sortito miglioramenti significativi nelle partecipanti con dolore ai rapporti ($p= 0.17$), a differenza degli altri *endpoint* misurati già menzionati.

La revisione di LoFrisko (2011) descrive invece alcune ricerche sul tema (la maggior parte non RCT) che hanno implementato terapie CBT. Il primo studio riportato (Backman, Widenbrant, Bohm-Starke, Dahlof, 2008), includeva 24 donne affette da PVD, curate con la desensibilizzazione sistematica e il counseling psicologico di stampo cognitivo, in sinergia. Non era né randomizzato né controllato ed è difficile distinguere gli effetti della sola CBT. Al follow up il 79% delle donne si sono considerate guarite. Il secondo studio (Bergeron *et al.*, 2001) ha incluso 78 donne con vestibolite vulvare. I trattamenti previsti erano: la vestiblectomia, il biofeedback (svolgimento di esercizi pelvici con un sensore vaginale) e la CBT dispensata in forma gruppale, comprendente psicoeducazione, rilassamento, dilatazione vaginale ecc. La chirurgia è risultata maggiormente efficace in tempi brevi, ma dato il suo carattere invasivo è la meno preferita dalle partecipanti. Le altre due hanno invece avuto gli stessi benefici sull'intensità del dolore a lungo periodo. Dal punto di vista della severità dei sintomi e della soddisfazione sessuale il biofeedback è stato superiore alla CBT: rispettivamente $d= 0.25$ e $d= 0.19$ (Frühauf *et al.*, 2013). Un altro studio (Masheb, Kerns, Lozano, Minkin, Richman, 2009), ha somministrato a 50 donne con vulvodinia una CBT individuale o una psicoterapia supportiva non cognitiva. Entrambe, ma maggiormente la prima, sono risultate

efficaci nel ridurre il dolore e nel migliorare il funzionamento sessuale, con un aumento nel follow up (Günzler e Berner, 2012). Nello studio di van Lankveld e collaboratori (2006) sono state studiate 117 donne con vaginismo permanente, ripartite in una terapia CBT di gruppo, in una CBT nella forma di biblioterapia o nella lista d'attesa. Circa il 9% delle partecipanti nel primo gruppo e il 18% nel secondo ha riportato successo nella penetrazione contro l'assente successo nel gruppo di controllo. Mentre l'effetto del primo è aumentato nel tempo, quello del secondo è diminuito (al follow up di un anno, 21% e 15% rispettivamente). Nello studio di van Lankveld, Everaerd e Grotjohann (2001) si è trovato che la biblioterapia di stampo CBT a contatto minimo col terapeuta per donne affette da dispareunia è stata peggiorativa della loro condizione.

Nella metanalisi e rassegna di Frühauf e colleghi (2013), tra gli studi sul dolore sessuale, si trova la ricerca di Schnyder, Schnyder-Lüthi, Ballinari e Blaser (1998) che compara la desensibilizzazione sistematica in vitro (la donna si inserisce il dilatatore) e in vivo (il terapeuta introduce il dilatatore) per il vaginismo, non trovando differenza significativa tra le due. Il 97.2% delle donne sono riuscite ad avere un rapporto coitale e un terzo ha riportato l'aumento del desiderio. Lo studio non prevedeva però un gruppo di controllo (Günzler e Berner, 2012). Si è visto inoltre che per il vaginismo la terapia mansionale è più efficace dell'ipnosi terapia ($d= 1.24$).

La metanalisi di Stephenson e Kerth (2017), come visto in precedenza, compara gli *effect size* di studi basati sulla mindfulness. Gli *effect size* pre-post trattamento degli studi non controllati per il dolore sessuale si sono rilevati piccoli (*Hedges' g*= 0.28, 95% CI: [0.17, 0.38]). Quelli computati dagli studi con lista d'attesa mostrano ugualmente che non c'è stato un miglioramento significativo per il dolore ai rapporti.

Nella rassegna sistematica di RCT di Günzler e Berner (2012) vengono analizzati quattro studi sulla PVD, di cui due già discussi, che mostrano che è possibile ridurre l'intensità del dolore con gli interventi psicologici. Una ricerca datata (Weijmar Schultz *et al.*, 1996) ha comparato la sola CBT a una vestiblectomia seguita da una terapia comportamentale (biofeedback, dilatazione vaginale, terapia mansionale), mostrando simil successo rispetto alla riduzione del dolore e al miglioramento del funzionamento sessuale ($p>0.05$). Similmente allo studio di Bergeron e collaboratori (2001), l'80% delle pazienti, poste nella condizione di scegliere, non avrebbero optato per la chirurgia. Lo studio di Danielsson, Tortensson, Brodda-Jansen e Bohm-Starke (2006) ha trovato che la lidocaina e il biofeedback fossero similmente efficaci ($p>0.05$).

Nella rassegna di Jaderek e Lew-Starowicz (2019) sulle terapie MBT sono stati analizzati i seguenti studi sul tema. Nello studio di Brotto, Basson, Smith, Driscoll e Sadownik (2015) per donne affette da vestibolodinia è stato dispensato un trattamento MBCT comprendente educazione sessuale, tecniche cognitive, rilassamento muscolare e mindfulness. L'intervento non è stato efficace nel ridurre il dolore ai rapporti ma il dolore è migliorato nello *swab test* e sono migliorati il disagio e la sensibilità al dolore (per tutti e tre $p < 0.05$). In uno studio di Brotto, Yong, Smith e Sadownik (2015), 132 donne hanno partecipato a un programma per la vulvodinia, che includeva la mindfulness, la fisioterapia per il pavimento pelvico e la psicoeducazione. In più della metà delle partecipanti si sono ridotti il dolore, l'ansia legata al sesso ed è aumentato il desiderio (per tutti e tre $p < 0.001$). Il limite è stato la mancanza del gruppo di controllo e l'impossibilità di valutare i fattori aspecifici.

La rassegna di Seal e Meston (2018), come già visto, si è concentrata sull'acquisizione di consapevolezza corporea, elemento fondante della focalizzazione sensoriale e della mindfulness. Lo studio con lista d'attesa di Jones e McCabe (2011) ha dispensato a 39 donne affette da problemi sessuali misti e ai loro partner un trattamento online, che includeva esercizi di focalizzazione sensoriale, training sulle abilità comunicative. Il risultato è stato un miglioramento significativo nel dolore ai rapporti. In uno studio RCT online (Zarski, Berking, Fackiner, Rosenau, Ebert, 2017), 77 donne affette da vaginismo sono state assegnate a una lista d'attesa o a un trattamento basato su focalizzazione sensoriale, psicoeducazione ed esposizione graduale. Nel post trattamento e al follow up, 34% delle donne nel gruppo sperimentale e 21% del gruppo di controllo sono riuscite ad avere un rapporto penetrativo. Nello studio di Jindal e Jindal (2010), 60 donne con vaginismo hanno completato un programma che includeva il counseling per la donna e il partner, il rilassamento muscolare, l'esposizione graduale e la focalizzazione sensoriale. È stato molto efficace e tutte le donne hanno risolto il problema.

In quanto non afferente a un particolare disturbo, non è stata specificatamente esaminata l'EFT. Difatti, l'efficacia di questa viene testata non su disturbi specifici, ma su problemi di coppia, anche di natura sessuale. Nello studio non controllato di Wiebe e colleghi (2019) viene misurato il cambiamento negli stili di attaccamento e nella soddisfazione sessuale in 32 coppie con problemi relazionali e sessuali, fino a 2 anni dopo il trattamento. È documentata dalla letteratura una forte relazione tra attaccamento sicuro e buon funzionamento sessuale e una relazione negativa di quest'ultimo con un attaccamento evitante. Ciò è stato confermato in questo studio, dove una riduzione dell'attaccamento evitante (e non di quello insicuro) ha predetto un miglioramento nella soddisfazione sessuale. È stato già osservato in altre ricerche

come la vicinanza al partner possa mediare l'associazione tra basso attaccamento evitante e alta soddisfazione sessuale.

Si sono trascurati per lo più quegli studi che indagavano l'efficacia delle terapie per donne affette da disfunzioni sessuali miste, o in cui le analisi non distinguevano gli effetti per i singoli disturbi. Così come quegli studi che indagavano l'effetto delle terapie su donne con patologie fisiche, per ragioni di sintesi.

CONCLUSIONI

Dagli studi sopra esposti emerge che per il disturbo del desiderio e dell'eccitazione femminile la mindfulness risulta particolarmente promettente ed è la terapia maggiormente studiata negli ultimi anni. Anche la terapia cognitivo-comportamentale e il training sulle abilità sessuali si rivelano efficaci. È opportuno inoltre sottolineare come questa disfunzione possa avere, in una qualche misura, un'origine socioculturale. L'esposizione mediatica rende assuefatti agli stimoli erotici, costituendosi come un ostacolo all'eccitazione spontanea (Panzeri, 2013). Rispetto al disturbo dell'orgasmo è innanzitutto fondamentale assicurarsi che la stimolazione sia adeguata e sapere che l'orgasmo femminile è prevalentemente clitorideo. Inoltre, è importante che vengano risolti eventuali disturbi in comorbidità che potrebbero essere antecedenti e responsabili del disturbo, quali la dispareunia o il disturbo di desiderio ed eccitazione. Riguardo alle terapie, è stato diffusamente riscontrato un effetto moderato a favore della terapia mansionale, della mindfulness e del training sulle abilità sessuali. Anche per questo disturbo è possibile riscontrare un'origine sociale e interpersonale, riconducibile all'imperativo implicito dell'orgasmo, che può risultare inibitorio anziché coadiuvante. Per il disturbo del dolore genito-pelvico e della penetrazione si dimostrano molto efficaci l'esposizione graduale e la terapia mansionale. Anche la terapia cognitiva può essere utile. Qualora invece i disturbi fossero fortemente associati a problemi relazionali, la terapia focalizzata sulle emozioni si configura come un'ottima opzione di trattamento. Si ricorda quindi che la scelta della terapia va sempre calibrata sulle specificità del paziente e sulla base di quelli che il terapeuta reputa essere i fattori scatenanti e di mantenimento del disturbo. In conclusione, dal copioso numero di studi analizzati emerge la necessità di maggiori disegni sperimentali randomizzati e controllati, per dare un solido fondamento all'utilizzo delle suddette terapie. È altresì fondamentale che vengano individuate le specifiche variabili su cui le terapie agiscono e che sono in grado di spiegare un eventuale miglioramento della sintomatologia.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICIⁱⁱ

American Psychiatric Association. (2000). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV-TR, IV ed., Washington, DC.

American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5, V ed., Washington, DC; trad. it. DSM-5 Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, Milano, Cortina 2014, pp. 501, 505, 509, 510.

American Psychiatric Association. (2022). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5-TR, V ed., Washington, DC, p.487.

*Backman, H., Widenbrant, M., Bohm-Starke, N., Dahlof, L. (2008). Combined physical and psychosexual therapy for provoked vestibulodynia- An evaluation of a multidisciplinary treatment model. *Journal of Sex Research*, 45, 378–385. <https://doi.org/10.1080/00224490802398365>

Barker, M. (2011). Existential sex therapy. *Sexual and Relationship Therapy*, 26 (1), 33-47. <https://doi.org/10.1080/14681991003685879>

*Bergeron, S., Binik, Y. M., Khalife, S., Pagidas, K., Glazer, H. I., *et al.* (2001). A randomized comparison of group cognitive–behavioral therapy, surface electromyographic biofeedback, and vestibulectomy in the treatment of dyspareunia resulting from vulvar vestibulitis. *Pain*, 91, 297–306. [https://doi.org/10.1016/S0304-3959\(00\)00449-8](https://doi.org/10.1016/S0304-3959(00)00449-8)

Blazquez, A., Ruiz, E., Aliste, L., García-Quintana, A., Alegre, J. (2015). The Effect of Fatigue and Fibromyalgia on Sexual Dysfunction in Women With Chronic Fatigue Syndrome. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 41 (1), 1-10. [10.1080/0092623x.2013.864370](https://doi.org/10.1080/0092623x.2013.864370)

*Brotto, L. A., Basson, R., Luria, M. (2008). A mindfulness-based group psychoeducational intervention targeting sexual arousal disorder in women. *Journal of Sexual Medicine*, 5, 1646–1659. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2008.00850.x>

*Brotto, L.A., Erskine, Y., Carey, M., *et al.* (2012) A brief mindfulnessbased cognitive behavioral intervention improves sexual functioning versus wait-list control in women treated

ⁱⁱ Dei lavori contrassegnati con l'asterisco è stato possibile consultare solo l'abstract.

for gynecologic cancer. *Gynecologic Oncology*, 125, 320-325.
<https://doi.org/10.1016/j.ygyno.2012.01.035>

*Brotto, L. A., Seal, B. N., Rellini, A. (2012). Pilot study of a brief cognitive behavioral versus mindfulness-based intervention for women with sexual distress and a history of childhood sexual abuse. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 38, 1–27.
<https://doi.org/10.1080/0092623X.2011.569636>

*Brotto, L.A., Basson, R. (2014). Group mindfulness-based therapy significantly improves sexual desire in women. *Behaviour Research & Therapy* 57, 43-54.
<https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.04.001>

*Brotto, L. A., Basson, R., Smith, K. B., Driscoll, M., Sadownik, L. (2015). Mindfulness-based group therapy for women with provoked vestibulodynia. *Mindfulness*, 6, 417–432.
<https://doi.org/10.1007/s12671-013-0273-z>

*Brotto, L., Yong, P., Smith, B., *et al.* (2015). Impact of a multidisciplinary vulvodynia program on sexual functioning and dyspareunia. *The Journal of Sexual Medicine*, 12, 238-247.
<https://doi.org/10.1111/jsm.12718>

Brotto, L.A., Chivers, M.L., Millman, R.D., Albert, A. (2016). Mindfulness-Based Sex Therapy Improves Genital-Subjective Arousal Concordance in Women With Sexual Desire/Arousal Difficulties. *Archives of Sexual Behavior*, 45 (8), 1907-1921. [10.1007/s10508-015-0689-8](https://doi.org/10.1007/s10508-015-0689-8)

Brotto, L.A., Zdaniuk, B., Chivers, M.L., Jabs, F., Grabovac, A., *et al.* (2021). A Randomized Trial Comparing Group Mindfulness-Based Cognitive Therapy With Group Supportive Sex Education and Therapy for the Treatment of Female Sexual Interest/Arousal Disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 89 (7), 626-639. <https://doi.org/10.1037/ccp0000661>

*Clayton, A. H., Segraves, R. T., Leiblum, S., Basson, R., Pyke, R., *et al.* (2006). Reliability and validity of the sexual interest and desire inventoryfemale (SIDI-F), a scale designed to measure severity of female hypoactive sexual desire disorder. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 32 (2), 115– 135. <https://doi.org/10.1080/00926230500442300>

*Danielsson, I., Torstensson, T., Brodda-Jansen, G., Bohm-Starke, N. (2006). EMG biofeedback versus topical lidocaine gel: A randomized study for the treatment of women with

vulvar vestibulitis. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 85, 1360–7. [10.1080/00016340600883401](https://doi.org/10.1080/00016340600883401)

Davies, B., Gibbons, I., Hughes, A., (2021). Treating Comorbid Sexual Dysfunctions Using the Intersystem Sex Therapy Approach. *Contemporary Family Therapy*, 43, 12-19. <https://doi.org/10.1007/s10591-020-09552-8>

Demo, G., Duse, G., Drigo, M., Palomba, D., Patron, E., *et al.* (2022). Catastrofizzazione, tensione muscolare e outcome del dolore cronico: un confronto tra Fibriomialgia e Dolore Cronico Diffuso. *Psicologia della salute: quadrimestrale di psicologia e scienze della salute*, 1, 39-60. [10.3280/PDS2022-001004](https://doi.org/10.3280/PDS2022-001004)

Derby, D.S., Peleg-Sagy, T., Doron, G. (2016). Schema Therapy in Sex Therapy: A Theoretical Conceptualization. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 42 (7), 648-658. [10.1080/0092623X.2015.1113586](https://doi.org/10.1080/0092623X.2015.1113586)

*Derogatis, L., Clayton, A., Lewis-D'Agostino, D., Wunderlich, G., Fu, Y. (2008). Validation of the female sexual distress scale-revised for assessing distress in women with hypoactive sexual desire disorder. *Journal of Sexual Medicine*, 5 (2), 357–364. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2007.00672.x>

Frühauf, S., Gerger, H., Schmidt, H.M., Munder, T., Barth, J. (2013). Efficacy of Psychological Interventions for Sexual Dysfunction: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Archives of Sexual Behavior*, 42, 915-933. [10.1007/s10508-012-0062-0](https://doi.org/10.1007/s10508-012-0062-0)

Gunst, A., Ventus, D., Arver, S., Dhejne, C., Görts- Öberg, K., *et al.* (2019). A Randomized, Waiting-List-Controlled Study Shows That Brief Mindfulness-Based Psychological Interventions Are Effective for Treatment of Women's Low Sexual Desire. *The Journal of Sex Research*, 56 (7), 913-929. <https://doi.org/10.1080/00224499.2018.1539463>

Günzler, C., Berner, M.M. (2012). Efficacy of Psychosocial Interventions in Men and Women With Sexual Dysfunctions- A Systematic Review of Controlled Clinical Trials. *Journal of Sexual Medicine*, 9 (12), 3108-3125. [10.1111/j.1743-6109.2012.02965.x](https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2012.02965.x)

*Hendrick, S. S., Dicke, A., Hendrick, C. (1998). The relationship assessment scale. *Journal of Social and Personal Relationships*, 15 (1), 137–142. <https://doi.org/10.1177/0265407598151009>

Hubin, A., De Sutter, P., Reynaert, C. (2011). Bibliotherapy: An effective therapeutic tool for female sexual dysfunction? *Sexologies* 20 (2), 88-93. <https://doi.org/10.1016/j.sexol.2010.06.001>

Hucker, A., McCabe, M.P. (2015). Incorporating Mindfulness and Chat Groups Into an Online Cognitive Behavioral Therapy for Mixed Female Sexual Problems. *Journal of Sex Research*, 52 (6), 627-639. <https://doi.org/10.1080/00224499.2014.888388>

*Hurlbert, D.F., White, C., Powel, D.R. (1993). Orgasm consistency training in the treatment of the women reporting hypoactive sexual desire: An outcome comparison of women-only groups and couples-only groups. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 24, 3-13. [https://doi.org/10.1016/0005-7916\(93\)90003-F](https://doi.org/10.1016/0005-7916(93)90003-F)

Jaderek, I., Lew-Starowicz, M. (2019). A Systematic Review of Mindfulness Meditation-Based Interventions for Sexual Dysfunctions. *The Journal of Sexual Medicine*, 16 (10), 1581-1596. [10.1016/j.jsxm.2019.07.019](https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2019.07.019)

*Jindal, U.N., Jindal, S. (2010) Use by gynecologists of a modified sensate focus technique to treat vaginismus causing infertility. *Fertility and Sterility*, 94, 2393-2395. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2010.03.071>

Johnson, S.M., Simakhodskaya, Z., Moran, M. (2018). Addressing Issues of Sexuality in Couples Therapy: Emotionally Focused Therapy Meets Sex Therapy. *Current Sexual Health Reports*, 10, 65-71. <https://doi.org/10.1007/s11930-018-0146-5>

*Jones, L.M., McCabe, M.P. (2011). The effectiveness of an Internet-based psychological treatment program for female sexual dysfunction. *The Journal of Sexual Medicine*, 8, 2781-2792. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2011.02381.x>

Kaplan, H. S. (1974). *The New Sex Therapy*. New York: Brunner/Mazel.

Krakowsky, Y., Grober, E.D. (2018). A practical guide to female sexual dysfunction: An evidence-based review for physicians in Canada. *Canadian Urological Association Journal*, 12 (6), 211-6. <https://doi.org/10.5489/cuaj.4907>

Linschoten, M., Weiner, L., Avery-Clark, C. (2016). Sensate focus: a critical literature review. *Sexual and relationship therapy*, 31 (2), 230-247. <https://doi.org/10.1080/14681994.2015.1127909>

LoFrisco, B.M. (2011). Female Sexual Pain Disorders and Cognitive Behavioral Therapy. *Journal of Sex Research*, 48 (6), 573-579. <https://doi.org/10.1080/00224499.2010.540682>

*MacPhee, D., Johnson, S.M., Van der Veer, M.M. (1995). Low sexual desire in women: The effects of marital therapy. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 21, 159–82. <https://doi.org/10.1080/00926239508404396>

*Masheb, R. M., Kerns, R. D., Lozano, C., Minkin, M. J., Richman, S. (2009). A randomized clinical trial for women with vulvodynia: Cognitive–behavioral therapy vs. supportive psychotherapy. *Pain*, 141, 31–40. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2008.09.031>

*McCabe, M. (2001). *Evaluation* of a cognitive behavioral therapy program for people with sexual dysfunction. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 27, 259–271. <https://doi.org/10.1080/009262301750257119>

*Meston, C.M., Hull, E., Levin, R.J., Sipski, M. (2004). Disorders of orgasm in women. *The journal of sexual medicine*, 1 (1), 66-68. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2004.10110.x>

Metzl, E. (2020). Art therapy with couples: integrating art therapy practices with sex therapy and emotionally focused therapy. *International Journal of Art Therapy*, 25 (3), 143-9. <https://doi.org/10.1080/17454832.2020.1774628>

Meyers, M., Margraf, J., Velten, J. (2022). A Qualitative Study of Women’s Experiences with Cognitive-Behavioral and Mindfulness-Based Online Interventions for Low Sexual Desire. *The Journal of Sex Research*, 1-10. [10.1080/00224499.2022.2056565](https://doi.org/10.1080/00224499.2022.2056565)

Panzeri, M. (2013). *Psicologia della sessualità*. Bologna: Il Mulino.

Paterson, L.Q.P., Handy, A.B., Brotto, L.A. (2017). A Pilot Study of Eight-Session Mindfulness-Based Cognitive Therapy Adapted for Women's Sexual Interest/Arousal Disorder. *The Journal of Sex Research*, 54 (7), 850-861. [10.1080/00224499.2016.1208800](https://doi.org/10.1080/00224499.2016.1208800)

Pyke, R.E., Clayton, A.H. (2018). Effect Size in Efficacy Trials of Women With Decreased Sexual Desire. *Sexual Medicine Reviews*, 6 (3), 358-366. <https://doi.org/10.1016/j.sxmr.2018.01.003>

*Rosen, R., Brown, C., Heiman, J., Leiblum, S., Meston, C., *et al.* (2000). The Female Sexual Function Index (FSFI): A multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 26, 191–208. <https://doi.org/10.1080/009262300278597>

*Sarwer, D.B., Durlak, J.A. (1997). A field trial of the effectiveness of behavioral treatment for sexual dysfunction. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 23, 87-97. <https://doi.org/10.1080/00926239708405309>

*Schnyder, U., Schnyder- Lüthi, C., Ballinari, P., Blaser, A. (1998). Therapy for vaginismus: In vivo versus in vitro desensitization. *Canadian Journal of Psychiatry*, 43, 941–944. <https://doi.org/10.1177/070674379804300910>

Seal, B.N., Meston, C.M. (2018). The Impact of Body Awareness on Women's Sexual Health: A Comprehensive Review. *Sexual Medicine Reviews*, 8 (2), 242-255. [10.1016/j.sxmr.2018.03.003](https://doi.org/10.1016/j.sxmr.2018.03.003)

Stephenson, K.R., Kerth, J. (2017). Effect of Mindfulness-Based Therapies for Female Sexual Dysfunction: A Meta- Analytic Review. *The Journal of Sex Research*, 54 (7), 832-849. [10.1080/00224499.2017.1331199](https://doi.org/10.1080/00224499.2017.1331199)

Tavares, I.M., Laan, E.T.M., Nobre, P.J. (2018). Sexual Inhibition is a Vulnerability Factor for Orgasm Problems in Women. *The Journal of Sexual Medicine*, 15 (3), 361-372. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2017.12.015>

Ter Kuile, M.M., Melles, R., de Groot, H.E., Tuijnman-Raasveld, C.C., van Lankveld, J.J.D.M. (2013). Therapist-Aided Exposure for Women With Lifelong Vaginismus: A Randomized

Waiting-List Control Trial of Efficacy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 81 (6), 1127-1136. <https://doi.org/10.1037/a0034292>

*Trapnell, P. D., Campbell, J. D. (1999). Private self-consciousness and the five-factor model of personality: Distinguishing rumination from reflection. *Journal of Personality and Social Psychology*, 76 (2), 284–304. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.76.2.284>

*Trudel, G., Marchand, A., Ravart, M., Aubin, S., Turgeon, L., *et al.* (2001). The effect of a cognitive-behavioral group treatment program on hypoactive sexual desire in women. *Sexual and Relationship Therapy*, 16, 145–164. 10.1080/1468199012004007

*Van Lankveld, J.J.D.M., Everaerd, W., Grotjohann, Y. (2001). Cognitive–behavioral bibliotherapy for sexual dysfunctions in heterosexual couples: A randomized waiting-list controlled clinical trial in the Netherlands. *Journal of Sex Research*, 38, 51–67. <https://doi.org/10.1080/00224490109552070>

*Van Lankveld, J. J. D. M., ter Kuile, M. M., de Groot, H. E., Mellis, R., Nefs, J., *et al.* (2006). Cognitive– behavioral therapy for women with lifelong vaginismus: A randomized waiting list controlled trial of efficacy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 168–178. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.74.1.168>

Van Lankveld, J.J.D.M., van de Wetering, F.T., Wylie, K., Scholten, R.J.P.M. (2020). Bibliotherapy for Sexual Dysfunctions: A Systematic Review and Meta-Analysis. *The Journal of Sexual Medicine*, 18, 582-614. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2020.12.009>

*Velten, J., Margraf, J., Chivers, M., *et al.* (2018). Effects of a mindfulness task on women’s sexual response. *Journal of Sex Research*, 55, 747-757. <https://doi.org/10.1080/00224499.2017.1408768>

*Weijmar Schultz, W.C.M., Gianotten, W.L., van der Meijden, W.I., van de Wiel, H.B.M., Blindeman, L., *et al.* (1996). Behavioral approach with or without surgical intervention to the vulvar vestibulitis syndrome: A prospective randomized and non-randomized study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 17, 143–8. <https://doi.org/10.3109/01674829609025675>

Wiebe, S.A., Elliot, C., Johnson, S.M., Burgess Moser, M., Dalgleish, T.L., *et al.* (2019). Attachment Change in Emotionally Focused Couple Therapy and Sexual Satisfaction Outcomes in a Two-yes Follow-up Study. *Journal of Couple & Relationship Therapy*, 18 (1), 1-21. <https://doi.org/10.1080/15332691.2018.1481799>

Wiebe, S.A., Johnson, S.M. (2016). A Review of the Research in Emotionally Focused Therapy For Couples. *Family Process* 55 (3), 390-407. <https://doi.org/10.1111/famp.12229>

World Health Organization. (2018). *International classification of diseases for mortality and morbidity statistics* (11th ed.). <https://icd.who.int/en>

Wright, J., Perreault, R., Mathieu, M. (1977). The Treatment of Sexual Dysfunction: A review. *The Archives of General Psychiatry*, 34, 881-890. [10.1001/archpsyc.1977.01770200019001](https://doi.org/10.1001/archpsyc.1977.01770200019001)

*Zarski, A.C., Berking, M., Fackiner, C., *et al.* (2017). Internet-based guided self-help for vaginal penetration difficulties: Results of a randomized controlled pilot trial. *The Journal of Sexual Medicine*, 14, 238-254. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.12.232>