

# **UNIVERSITA' DI PISA**

## **FACOLTA' DI MEDICINA E CHIRURGIA**

**Dipartimento di Medicina della Procreazione e dell'Età Evolutiva**

**Divisione di Ginecologia ed Ostetricia "P. Fioretti"**

**Direttore: Prof. A.R. Genazzani**



## **Master Universitario di II° livello in Sessuologia Clinica**

**Anno Accademico 2009/2010**

**Titolo Tesi: Scorcio costruttivista alla sessuologia**

**Candidato: Maddalena Manciola**

## INDICE

INTRODUZIONE.....	2
Il costruttivismo kelliano.....	2
Il ciclo dell'esperienza.....	3
LA SESSUALITA' SECONDO IL MODELLO OLONICO.....	6
IL CICLO DELLA RISPOSTA SESSUALE.....	8
IL CICLO DELLA RISPOSTA SESSUALE.....	10
LE DISFUNZIONI SESSUALI: IL CICLO INTERROTTO.....	11
Disfunzioni della fase del desiderio.....	11
Disfunzioni della fase dell'eccitazione.....	12
Disfunzioni della fase orgasmica.....	13
Disfunzioni della risoluzione.....	15
CASO CLINICO.....	16
Presentazione del caso.....	16
Mappa della struttura olonica.....	16
PSICOTERAPIA DEI DISTURBI SESSUALI: UNA PROPOSTA IN OTTICA COSTRUTTIVISTA.....	16
BIBLIOGRAFIA.....	19

## INTRODUZIONE

### Il costruttivismo kelliano

La formulazione della teoria da parte di George A. Kelly risale a metà degli anni 50 ma la sua attualità deriva dai suoi presupposti filosofici tra cui l'*alternativismo costruttivo*: la nostra conoscenza della realtà (e non solo quella scientifica ma anche quella personale ed individuale) non si basa sulla percezione passiva e diretta di fatti ontologicamente dati, ma è un processo attivo di costruzione e ricostruzione. La nostra conoscenza della realtà è dunque un'interpretazione continuamente soggetta a revisioni. La persona è l'oggetto di studio della psicologia ed è teorizzata come un insieme di costrutti personali delimitato da un costrutto sé/altro-da-sè che specifica la costruzione che il sistema ha di se stesso ma anche di una realtà che gli appare esterna. Citando Kelly stesso: *“Ciò che ogni uomo dice o fa, lo dice o lo fa all'interno del dominio di pertinenza che il suo sistema di costrutti personali definisce per lui.<sup>1</sup>”* *“L'uomo non può mai fare delle scelte al di fuori del mondo di laternative che ha eretto per se stesso.<sup>2</sup>”*

Partendo da questi presupposti, la malattia viene concettualizzata come un disturbo nel processo di elaborazione del sistema stesso e non come un'entità indipendente dal paziente, definibile secondo criteri esterni al sistema personale del soggetto. Si tratta quindi di una difficoltà del sistema di costrutti personali di modificarsi in relazione alle modificazioni che percepisce nell'ambiente da esso definito.

La guarigione è rappresentata quindi dalla acquisita possibilità da parte del sistema di operare nuove elaborazioni. In sede di terapia, è possibile individuare alcune

---

1 G. A. Kelly, Ontological acceleration (1966) In B. Maher (Ed.), *Clinical psychology and personality: The selected papers of George Kelly* (pp.7-45). New York: Wiley, 1969 (Reprint Edition New York: Krieger, 1979).

2 G.A: Kelly, Man's construction of his alternatives (1958). In G. Lindzey (Ed.) *The assessment of human motives*. New York: Holt, Rinehaert & Winston. [Rist. in B. Maher (Ed.), *Clinical psychology and personality: The selected papers of Goerge Kelly* (pp. 66-93). New York: Wiley, 1969 (Reprint Edition New York: Krieger, 1979)]

caratteristiche strutturali del sistema responsabili dell'arresto del suo sviluppo e, attraverso tecniche scelte sulla base di dimensioni diagnostiche ritenute maggiormente implicate nel disturbo, è possibile favorire la modifica di tali caratteristiche al fine di permettere al paziente la ripresa del movimento elaborativo. L'obiettivo della psicoterapia costruttivista non è dunque, quello dell'assunzione da parte della persona di un punto di vista «normativo» sulla realtà ma quello della continua elaborazione di una realtà personale.

## **Il ciclo dell'esperienza**

Il corollario dell'esperienza di Kelly recita:

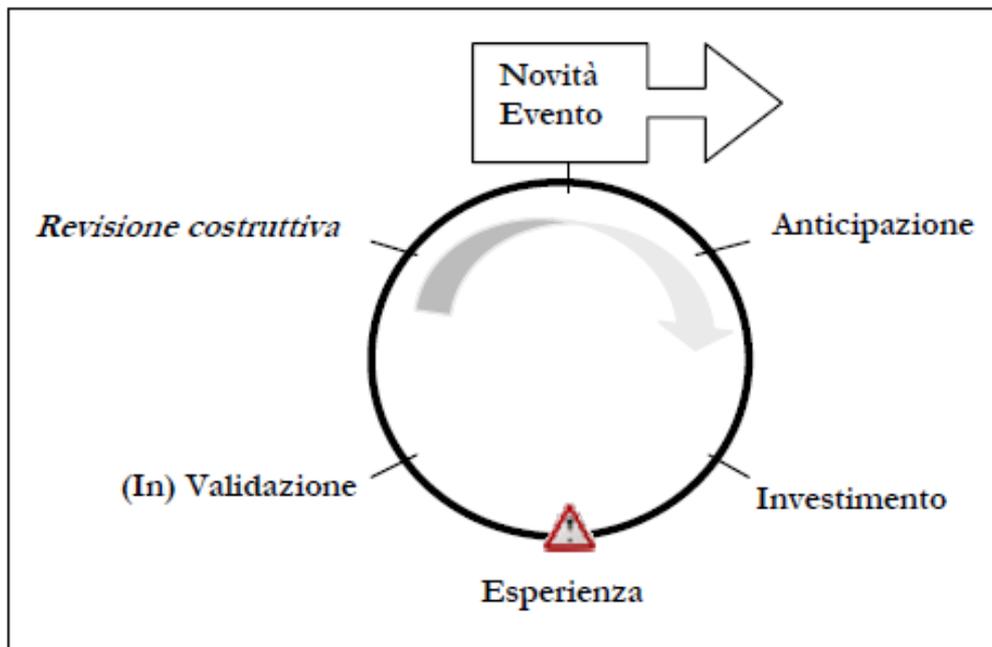
*Il sistema di costruzione di una persona varia a mano a mano che essa costruisce la replica degli eventi. (Kelly, 1955 p.72)*

La persona è vista in relazione attiva con il mondo; l'accento è posto sulla interpretazione attiva degli eventi piuttosto che sulla loro natura. L'individuo cerca di scovare i temi che si ripetono nel fluire temporale degli eventi al fine di trovare una qualche somiglianza con altri eventi conosciuti in modo da stabilire un tema ripetitivo che può essere contrapposto ad altri eventi. Da questo confronto può emergere un nuovo costrutto che consente alla persona la costruzione di un sistema più articolato. La persona utilizza cioè quello che ha e conosce per spiegare in via provvisoria ciò che non conosce.

Il corollario dell'esperienza si focalizza sul confronto dell'individuo con la validazione e l'invalidazione del suo sistema di costrutti. L'idea è che *“la conferma può condurre alla ricostruzione quanto la disconferma, e forse anche più. Una conferma fornisce all'individuo un'ancora in alcune aree della sua vita lasciandolo*

*libero di avventurarsi in esplorazione dei paraggi<sup>3</sup>”*

l'unità dell'esperienza umana è costituita da un ciclo di cinque fasi: anticipazione, investimento, incontro, conferma/disconferma, revisione costruttiva.



*Illustrazione 1: Il ciclo dell'esperienza secondo Kelly*

L'anticipazione è ciò che guida la persona a scoprire quello che sta per accadere, ovvero l'orientamento verso il futuro; il futuro viene utilizzato per arricchire il presente. L'anticipazione non necessariamente è consapevole e cosciente ma in taluni casi, risulta essere sfocata e globale. L'individuo formula della ipotesi su come si svilupperanno gli eventi e, ammesso che scelga di proseguire non interrompendo il ciclo dell'esperienza, arriva alla fase dell'investimento.

Nell'investimento la persona si adopera affinché possa verificare le sue anticipazioni attraverso l'esperienza. Nella relazione terapeutica è ad esempio rappresentato dal coinvolgimento professionale del terapeuta nei confronti del paziente e del paziente nei confronti del terapeuta. Il coinvolgimento è inteso come un atteggiamento possibilista nei confronti di nuovi modi di costruire la realtà: ci deve essere quindi

<sup>3</sup> Kelly, 1966b, p. 18)

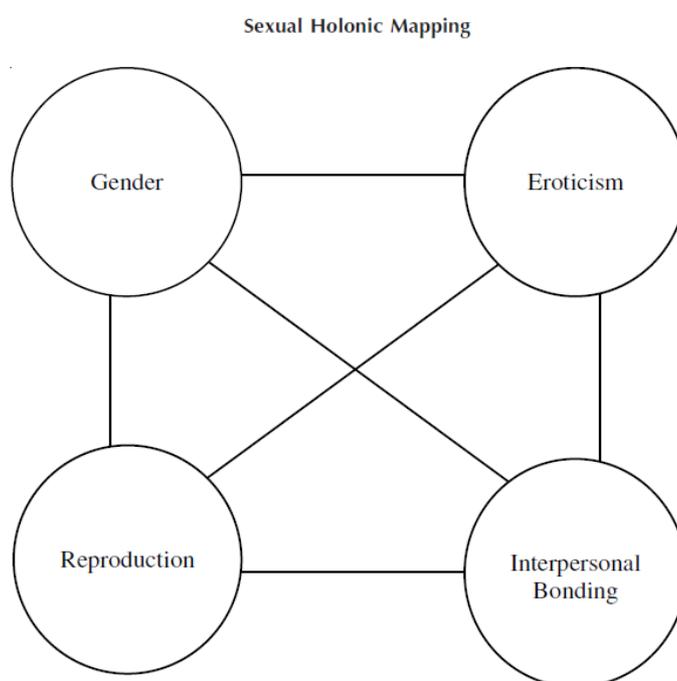
spazio e l'apertura verso esperienze nuove, mai affrontate. Attraverso questa ricettività si arriva all'incontro con l'esperienza che è un particolare tipo di impegno basato su una combinazione di anticipazione affermativa e autoco coinvoglimento. Nell'incontro la persona assume una posizione assertiva che gli consente di elaborare il proprio sistema di costrutti.

Nella fase di conferma/disconferma la persona inizia a vedere nuovi significati che possono essere elaborati in maniera creativa. Questa fase comporta l'impiego del sistema di costrutti esistente fino a quando nuovi significati possono essere accolti nel sistema. I nuovi significati emergono infatti come risultato della validazione o invalidazione ottenuta di quanto anticipato.

Nella fase di revisione costruttiva c'è un'elaborazione attiva sui nuovi significati emersi e la loro integrazione all'interno del sistema: la persona dà quindi un senso e trae vantaggio da ciò che ha appreso dalla validazione/invalidazione delle proprie anticipazioni.

## LA SESSUALITA' SECONDO IL MODELLO OLONICO

In ottica costruttivista, la sessualità umana può essere vista come un tratto dinamico ed in evoluzione degli individui inseriti in contesti sia più circoscritti, che estesi a contesti sociali più vasti. In questa direzione Zumaya Bridges e Rubio (1999) hanno proposto un modello della sessualità olonico.



*Illustrazione 2: Mappa olonica della sessualità*

Un *olone* (Koestler, 1990) può essere definito come una parte di un più grande sistema che ha una complessità interna sufficiente per essere considerato un sistema con una sua individualità, ma che è anche parte integrata del sistema sovraordinato.

In questi termini, tale modello include i sistemi della riproduzione, concernente il significato della procreazione; l'erotismo inerente al piacere, l'attrazione e l'identità; i legami interpersonali che riguardano la capacità di amare e l'attaccamento; ed il genere cioè l'identificazione con le definizioni culturali di maschio o femmina.

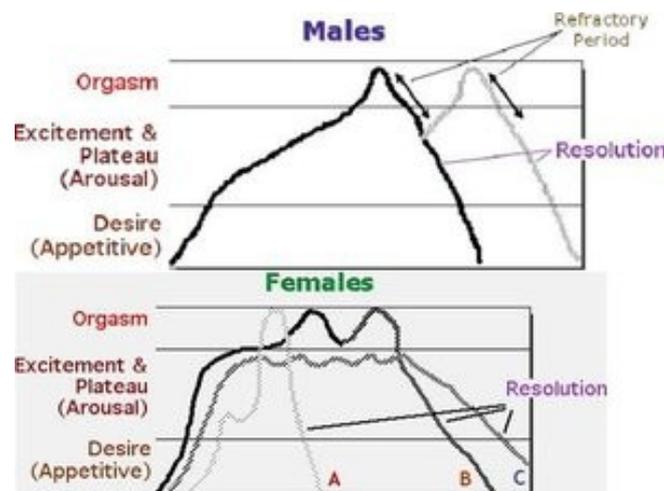
Dividendo la sessualità in oloni ed indagando con il cliente il loro senso unico, si è in grado di ottenere un quadro più completo dei vari significati associati alla sfera sessuale e di capire come si accordano tra loro o entrano in conflitto. I vari oloni (intesi come aree inerenti la sessualità), pur esistendo come sistemi autonomi, sono in relazione gli uni con gli altri e si influenzano tra loro.

In realtà è possibile utilizzare la struttura olonica per la valutazione dei disturbi sessuali all'interno di differenti orientamenti teorici, ma il costruttivismo, analizzando le modalità di costruzione di significato a livello personale ed interpersonale, bene si adatta a questo modello, permettendo di isolare i significati individuali inerenti la sfera sessuale, senza però perdere di vista come questi si integrino nel più ampio schema dei processi di costruzione di significati del cliente. Inoltre, la caratteristica degli oloni di combinarsi ed entrare in conflitto tra di loro traccia un'immagine delle vite sessuali di individui e coppie.

Bridges e Neymeyer (2005) nell'utilizzo della mappa olonica in un caso pratico, hanno dimostrato come da essa emerga il complesso insieme di fattori che incidono sulla sessualità umana, che vanno da quelli più fisici e collegati alla sfera biologica, a quelli culturali o linguistici.

## IL CICLO DELLA RISPOSTA SESSUALE

Il ciclo della risposta sessuale è descritto da Masters e Johnson (1966) e può essere rappresentato attraverso un grafico dove il tempo è posto sulle ascisse e l'attivazione sessuale sull'ordinate: la retta ha la forma di un'onda che può essere divisa in fasi.



*Illustrazione 3: La risposta sessuale maschile e femminile*

La fase dell'eccitazione è data dalla crescita dell'attivazione con particolari caratteristiche psicologiche e fisiologiche: psicologicamente c'è ad esempio, un aumento dei pensieri inerenti la sfera sessuale e una maggiore sensibilità alla stimolazione delle zone erogene; fisiologicamente aumenta il battito cardiaco, la frequenza respiratoria, il sangue fluisce ai genitali causando così nell'uomo l'erezione, nella donna la lubrificazione vaginale. Il tipo di stimoli iniziali che inducono l'eccitazione possono essere sia psicologici che fisici e sono soggettivi, così come il tempo richiesto e il contesto.

Al termine della fase di eccitazione, si arriva al massimo della tensione sessuale con un plateau che porterà alla fase successiva, l'orgasmo. Il periodo di tempo dopo la fine dell'orgasmo durante il quale i livelli dei parametri fisiologici ritornano alla condizione di partenza è chiamato fase della risoluzione.

Kaplan (1974) suggerì inoltre di aggiungere una fase precedente all'eccitazione, quella del desiderio. In questa fase l'attivazione fisiologica sembrerebbe rivestire un ruolo di minor importanza ma il desiderio sarebbe maggiormente influenzato da variabili psicologiche.

## IL CICLO DELLA RISPOSTA SESSUALE

Il corollario dell'esperienza di Kelly (1955/1991) recita: *il sistema di costruzione di una persona varia a mano a mano che essa costruisce la replica degli eventi*. L'uomo fa esperienza secondo un modello ciclico: nell'anticipazione fa un'ipotesi; nell'investimento si impegna a verificare l'anticipazione; e poi c'è l'incontro, ovvero l'esperienza vera e propria. Dall'incontro può scaturire una validazione, che se ripetitiva può portare alla cristallizzazione; o all'invalidazione che porta alla revisione dell'ipotesi iniziale.

Sewell (2005) ha utilizzato il ciclo dell'esperienza per spiegare alcuni aspetti della sessualità e ha mostrato come questo abbia una corrispondenza con il ciclo della risposta sessuale.

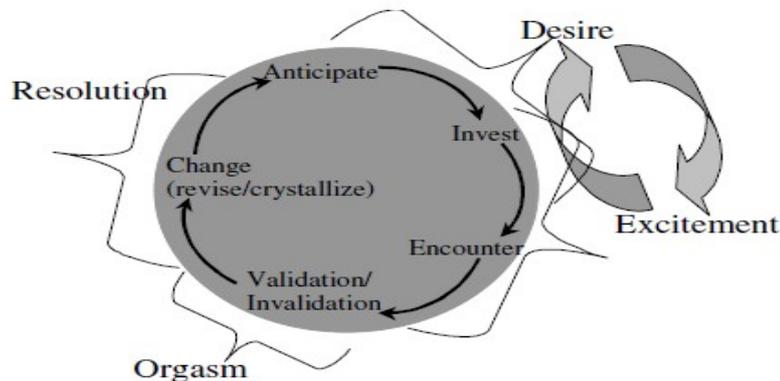


Illustrazione 4: SEWELL Experiencing cycle and the sexual response cycle

La fase del desiderio della risposta sessuale implica la formulazione di anticipazioni erotiche e l'investimento in esse fa sì che venga perseguito l'incontro. La fase dell'eccitazione determina che l'incontro avvenga in ambito sessuale. La fase dell'orgasmo corrisponde alla validazione nel ciclo dell'esperienza e la risoluzione è associata al cambiamento (revisione o cristallizzazione) che compone l'esperienza.

## **LE DISFUNZIONI SESSUALI: IL CICLO INTERROTTO**

Le disfunzioni sessuali sono generalmente caratterizzate da problemi che coinvolgono un disturbo nel ciclo della risposta sessuale o dolore associato ai rapporti intimi (APA 1994 p.493).

Secondo Sewell è possibile fare una suddivisione dei disturbi sessuali sulla base dell'appartenenza ad una determinata fase della risposta sessuale.

### **Disfunzioni della fase del desiderio**

Rientrano nei disturbi della fase del desiderio il disturbo da desiderio sessuale ipoattivo (DDSIM) e quello da avversione sessuale.

Il DDSIM è uno dei problemi di più difficile risoluzione in sessuologia medica dal momento che mancano criteri diagnostici definiti e supporti farmacologici specifici. Una delle definizioni più accettate è quella del DSM IV dove viene definito come *deficienza o assenza di fantasie sessuali e desiderio per l'attività sessuale [...] considerate come disordine quando sono fonte di stress o problemi relazionali per il paziente*. In quest'ottica quindi affinché si possa formulare una diagnosi di DDSIM è necessaria la presenza del sintomo e la sua percezione come fonte di sofferenza per il paziente.

Nel disturbo da avversione sessuale invece è presente anche una componente di evitamento basata su una reazione negativa agli stimoli sessuali.

Nell'ottica del ciclo dell'esperienza della risposta sessuale, il DDSIM, come disturbo del desiderio, incontra ostacoli nella fase dell'anticipazione e dell'incontro: l'anticipazione che viene fatta è che l'esperienza sessuale non possa essere soddisfacente e per questo l'investimento in tale anticipazione è pari quasi a zero.

Questo può essere il risultato di ripetute invalidazioni di precedenti anticipazioni sia specifiche della sfera sessuale, sia collegate ad una vasta gamma di esperienze inerenti il piacere.

L'avversione sessuale invece è risultante dall'anticipazione che il comportamento sessuale porti a conseguenze negative. L'evitamento di situazioni sessuali rafforza in questo modo le previsioni negative dal momento che la persona non le verifica mai empiricamente ma rimane bloccata nella sua anticipazione.

### **Disfunzioni della fase dell'eccitazione**

Sotto questa categoria possiamo includere i disturbi dell'eccitazione femminile<sup>4</sup> e l'impotenza o disfunzione erettile (DE).

In seguito ad una rivisitazione delle definizioni sono stati distinti quattro tipi di disturbo dell'eccitazione femminile:

- Disturbo soggettivo: le sensazioni mentali di eccitazione sessuale derivanti da qualsiasi tipo di stimolazione sessuale sono marcatamente diminuite o assenti. Possono comunque essere presenti lubrificazione o altri segni di eccitazione.
- Disturbo genitale: mancata o ridotta eccitazione sessuale genitale. La donna può esperire una minima congestione vulvare o lubrificazione vaginale alla stimolazione sessuale. Può essere presente tuttavia l'eccitazione sessuale soggettiva mentale.
- Disturbo misto: Assenza o marcata riduzione di sensazione di eccitazione sessuale e genitale.
- Disturbo persistente: Eccitazione sessuale genitale spontanea, intrusiva e non desiderata in assenza di desiderio e eccitazione sessuale. L'eccitazione non

---

<sup>4</sup> Berman JR, Berman L, Goldstein I. *Female and sexual dysfunction : incidence, pathophysiology, evaluation and treatment options*. Urology 1999, 54:385-391.

viene ridotta da una o più orgasmi.

Il deficit erettile maschile è invece definito dalla consensus conference dei National Institutes of Health del 1993 come *l'incapacità persistente di raggiungere/mantenere un'erezione sufficiente per avere un rapporto sessuale soddisfacente*.

Entrambe queste problematiche implicano un deficit nei meccanismi che portano alla lubrificazione nella donna e nell'erezione nell'uomo. Al di là della componente puramente biologica, è largamente riconosciuto che le disfunzioni della fase dell'eccitazione hanno spesso anche una componente ansiosa legata alla prestazione. Da questo punto di vista quindi possono essere considerate come il non arrivo all'incontro a causa di anticipazioni su come questo si attuerà. L'essere focalizzato sulla propria performance sessuale e sulle conseguenze del fallimento fa sì che rimanga solo una piccola parte da investire nell'anticipazione delle sensazioni erotiche. Così anche se un uomo appare fisicamente impegnato in quello che sembra essere un'interazione sessuale, la fase effettiva dell'incontro non riguarda la sfera sessuale per nulla; piuttosto nell'incontro si sta verificando l'anticipazione di avere un'erezione per evitare imbarazzo. Allo stesso modo, l'incontro effettivo della donna testa la previsione di essere capace di soddisfare il partner ed evitare di sentirsi “frigida” o non all'altezza.

### **Disfunzioni della fase orgasmica**

Le disfunzioni della fase orgasmica includono l'anorgasmia e l'eiaculazione precoce (EP).

L'anorgasmia è una persistente o ricorrente difficoltà a raggiungere l'orgasmo nonostante un'adeguata stimolazione ed eccitazione sessuale che causa un distress.

L'eiaculazione precoce viene definita come *una persistente o ricorrente incapacità ad esercitare un'azione di controllo volontario sul riflesso eiaculatorio subito prima*

*o durante l'atto della penetrazione vaginale o in risposta ad una bassa soglia di stimolazione sessuale*<sup>5</sup>

All'interno del modello teorico di Zumaya, Bridges e Rubio (1999) essendo l'orgasmo corrispondente alla fase della validazione nel ciclo dell'esperienza, le difficoltà nel provarlo possono essere viste come un conflitto riguardante la validazione. Tale conflitto può essere relativo a diversi aspetti della sessualità come il piacere ed il ruolo di genere (ad esempio si può costruire l'anticipazione che le ragazze serie non traggono piacere dal sesso). Così come il conflitto può essere presente a livello interpersonale; sebbene nella coppia la fase di incontro corrisponda, ci possono essere due anticipazioni completamente diverse: ad esempio l'anticipazione del maschio può puntare prevalentemente sull'esperienza erotica, mentre quella della femmina sul legame interpersonale. La probabilità che queste due persone vengano completamente validate nelle loro anticipazioni e quindi provino l'orgasmo è piuttosto bassa.

L'eiaculazione precoce può risultare da un conflitto tra erotismo (ad esempio una rapida insorgenza dell'orgasmo), legami personali (soddisfare la partner) e il genere (la credenza che il vero uomo possa sostenere un rapporto di lunga durata).

---

5 American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 4<sup>th</sup>ed. Text Revision. American Psychiatric Association Press, Washington DC, 2000.

## **Disfunzioni della risoluzione**

Non esistono disturbi esclusivi della risoluzione ma è durante questa fase che possono avvenire i cambiamenti nella costruzione della propria sessualità.

Le anticipazioni (sia quelle che prevedevano un'esperienza soddisfacente che quelle che prevedevano un'esperienza di delusione) se validate, possono cristallizzarsi come predizioni sicure.

*La parte sul caso clinico è stata omessa per motivi di privacy*

## **CASO CLINICO**

### **Presentazione del caso**

### **Mappa della struttura olonica**

## **PSICOTERAPIA DEI DISTURBI SESSUALI: UNA PROPOSTA IN OTTICA COSTRUTTIVISTA**

In ottica costruttivista, la psicoterapia dei disturbi sessuali deve sostituire la tacita costruzione della sessualità problematica con l'elaborazione e la ricostruzione dell'esperienza sessuale all'interno delle relazioni nelle quali è anticipata e messa in atto.

Come ha sottolineato Winter (1988), le disfunzioni sessuali non sono considerate dai terapeuti costruttivisti sintomi da curare, ma come insoddisfacenti soluzioni ai dilemmi dei clienti che emergono nell'anticipare l'esperienza sessuale. Non ci sono standard normativi di funzionamento e il terapeuta concorda gli obiettivi durante lo svolgimento della terapia. Gli obiettivi possono includere l'aumento del desiderio, l'efficienza dell'erezione, la riduzione dell'ansia da prestazione ed altri obiettivi tipici delle terapie sessuali. Un ulteriore fine della terapia sessuale ad indirizzo costruttivista può aiutare il cliente a comprendere la sua attuale e soddisfacente esperienza sessuale (anche se non normativamente “funzionale”) e condividerla con il partner.

Secondo questo approccio, lavorare sull'ansia da prestazione può essere utile nel favorire un miglioramento delle funzioni sessuali in generale. Anche essa infatti può essere concettualizzata come un'interruzione del ciclo della risposta sessuale causato dalla focalizzazione della persona sull'evitare situazioni spiacevoli o esperienze

deludenti più che un reale investimento in ambito erotico. Secondo questa concezione, in molti dei disturbi sessuali, una strategia d'intervento focalizzata sull'ansia da prestazione includerebbe i diversi tipi di problemi dati dalle sue implicazioni.

Ci sono infine tre chiari approcci d'intervento derivanti da questa cornice teorica: il primo è quello di aiutare il paziente a ricostruire le situazioni sessuali come esperimenti a cui partecipa piuttosto che performances. Elaborare la differenza tra prestazione ed esperimento, il conseguimento di un risultato e l'esplorazione, può permettere al paziente di costruire situazioni sessuali con anticipazioni più focalizzate sull'erotismo (piuttosto che sulle risposte fisiche, o sulle conseguenze di un fallimento che sono obiettivi inerenti al raggiungimento di una buona performance). Il secondo approccio implica l'elaborazione della gamma degli stimoli erotici che possono essere utili punti di attenzione durante l'incontro sessuale. Molte persone posseggono uno scarso repertorio di stimoli che possano in modo affidabile anticipare un obiettivo erotico. Inoltre tabù culturali, scarsa informazione ed educazione sessuale fanno sì che la maggior parte della comunicazione in merito a questi stimoli avvenga in contesti in cui c'è una forte richiesta di caratteristiche prestazionali (come ad esempio in un gruppo di pari dello stesso sesso). La stanza della terapia può rappresentare un potente contesto libero da condizionamenti ed aspettative in cui elaborare gli stimoli sensoriali che possono produrre in un contesto sessuale, piacere erotico. Il terzo approccio all'ansia da prestazione comprende una ricostruzione dell'esperienza di ansia stessa. La relazione ansia-disturbo è divenuta costellatoria per molte persone. Dal momento che l'ansia diminuisce l'attivazione sessuale, una persona che la percepisca spesso inizia ad anticipare un funzionamento sessuale insoddisfacente. Non è tanto un'attivazione connotata da ansia che impedisce un corretto funzionamento sessuale, quanto il focalizzarsi su aspetti "non sessuali". Così ricostruendo l'ansia come una reazione naturale anche nella risposta alla stimolazione sessuale può interrompere l'anticipazione del fallimento. Diventa così un obiettivo

della terapia aiutare gli individui a sperimentare in maniera creativa modi per ottimizzare la loro ansia (invece che minimizzarla). Questo può anche implicare provare nuove esperienze sessuali (posizioni, zone erogene, sex toys che il paziente non ha mai provato) con l'intento di produrre “ansia” associata all'attivazione sessuale e non alla preoccupazione sulla performance.

Un ulteriore esempio di utilizzo della cornice costruttivista può riguardare quegli interventi inerenti conflitti tra domini/sistemi: ad esempio nelle donne spesso le difficoltà a raggiungere l'orgasmo sono spesso causate da una validazione delle anticipazioni sul ruolo di genere ed erotiche. Molti di questi conflitti sfociano infatti in aspettative di genere molto strette e rigide. Il terapeuta costruttivista può aiutare in questo caso, la donna ad ricostruire la propria sessualità includendo sia la capacità di essere buona/completa/moralmente corretta, sia il piacere connesso all'attività sessuale.

## BIBLIOGRAFIA

Bannister, D., Fransella, F. (1986). *L'uomo ricercatore. Introduzione alla psicologia dei costrutti personali*. Firenze: Giunti Editore.

Bridges, S. K., Neimeyer, R. A. (2005). The relationship between eroricism, gender, and interpersonal bonding: a clinical illustration of sexual holonic mapping. *Journal of Constructivist Psychology*, 18, 15-24.

Butt, T. (2005). Editorial foreword: construction of sexualities. *Journal of Constructivist Psychology*, 18, 1-2.

Jannini, E. A., Lenzi, A., Maggi, M. (2007). *Sessuologia medica. Trattato di psicosessuologia e medicina della sessualità*. Milano: Elsevier Masson.

Kelly, G. A. (1955/1991). *The psychology of personal constructs*. New York: Routledge.

Sewell, K. W. (2005). The experience cycle and the sexual response cycle: conceptualization and application to sexual dysfunctions. *Journal of Constructivist Psychology*, 18, 3-13.