



Ipotesi e metodi di studio

Il lavoro in psicoterapia della Gestalt con l'eiaculazione precoce

JGOR FRANCESCO LUCERI¹, SARA BALLOTTI³, MATTEO DEFRAIA², SAMUELE GIOVAGNINI², ENRICO MORETTO⁵, SUSANNA MEMÈ (IRIDE PISTACCHIO)⁴, STEFANO ROTI³, ROBERTA STANZIONE⁵, MARIANO PIZZIMENTI¹

¹SGT - Scuola Gestalt Torino, Torino, Italia

²Ricercatore indipendente

³IGF - Istituto Gestalt Firenze, Firenze, Italia

⁴SGC - Scuola Gestalt Counselling, Torino, Italia

⁵SiPGI - Postgraduate School of Integrated Gestalt Psychotherapy, Torre Annunziata, Italia

ABSTRACT

Gli uomini che riportano difficoltà legate all'eiaculazione precoce spesso sperimentano una divisione interna, in cui il desiderio di prolungare l'atto sessuale e soddisfare il/la partner entra in conflitto con la sensazione di perdita di controllo sul proprio pene, che sembra agire autonomamente, accelerando il processo eiaculatorio. Questa frattura porta a una disconnessione tra l'individuo e il proprio organo sessuale, accompagnata da un senso di insoddisfazione e auto-condanna. Gran parte delle strategie terapeutiche basate su modelli cognitivi si concentrano sull'idea di ridurre la sensibilità peniena, spingendo il paziente a distogliere l'attenzione da sensazioni sessuali eccessive. Inoltre, spesso il paziente non è consapevole di una intenzionalità sottostante che vuole raggiungere l'orgasmo rapidamente. Tuttavia, l'approccio proposto in questa ricerca parte da un'epistemologia gestaltica e si discosta da una visione correttiva dell'esperienza sessuale. Invece, promuove un sostegno attivo all'identificazione del paziente con il proprio pene, consentendogli di esprimere e riconoscere l'intenzionalità sottostante che può differire dalle aspettative consapevoli. Il nostro studio esplora un metodo terapeutico che favorisce un dialogo tra queste due intenzionalità: quella orientata a soddisfare il partner e quella che ricerca un orgasmo rapido. Questo processo si svolge in un contesto interattivo che coinvolge il terapeuta e il paziente. Il terapeuta assume alternativamente l'identità del paziente e del suo pene, facilitando il dialogo tra queste due prospettive, consentendo l'emergere di vissuti spesso nascosti. L'obiettivo dell'approccio terapeutico è portare questi vissuti nella relazione terapeutica o in contesti sociali più ampi, favorendo la riscoperta della funzione creativa del sintomo. Si cerca di comprendere perché il sintomo persista e di consentire al paziente di assumersi la responsabilità, riducendo l'ansia e la frustrazione associate all'eiaculazione precoce. Questo studio mira a verificare come, attraverso il processo di identificazione e alienazione, il sintomo di eiaculazione precoce possa diventare meno necessario e, quando si manifesti, il paziente possa interrogarsi

Citation: Luceri, J. F., Ballotti, S., Defraia, M., Giovagnini, S., Moretto, E., Pistacchio, I., Roti, S., Stanzione, R., Pizzimenti, M. Gestalt Psychotherapy Approach to Premature Ejaculation. *Phenomena Journal - International Journal of Psychopathology, Neuroscience and Psychotherapy*, 7(3), 106–116.

Editor in Chief: Raffaele Sperandeo, PhD, MD

Contatta l'autore: Enrico Moretto, MD;
e-mail: enrico.moretto@gmail.com

Ricevuto: 23 maggio 2024

Accettato: 4 agosto 2025

Pubblicato: 17 settembre 2025



Attribution-NonCommercial 4.0
International (CC BY-NC 4.0)

in modo più consapevole sulle ragioni alla base della sua scelta di eiaculare rapidamente. L'obiettivo finale è consentire al paziente di sperimentare un livello di ansia e frustrazione notevolmente ridotto nell'ambito della sua sessualità.

Parole Chiave

Eiaculazione precoce, Terapia della Gestalt.

ABSTRACT in ENGLISH

Men who report difficulties related to premature ejaculation often experience an internal division, in which the desire to prolong the sexual act and satisfy the partner comes into conflict with the sensation of loss of control over their penis, which seems to act autonomously, accelerating the ejaculatory process. This fracture leads to a disconnection between the individual and their sexual organ, accompanied by a sense of dissatisfaction and self-condemnation. Most therapeutic strategies based on cognitive models focus on the idea of reducing penile sensitivity, encouraging the patient to divert attention from excessive sexual sensations. Furthermore, the patient is often unaware of an underlying intentionality that wants to reach orgasm quickly. However, the approach proposed in this research - starting from a Gestalt epistemology - differs from a corrective vision of sexual experience. Instead, it promotes active support of the patient's identification with his penis, allowing him to express and recognize underlying intentionality that may differ from conscious expectations. Our study explores a therapeutic method that promotes a dialogue between these two intentions: the one oriented towards satisfying the partner and the one seeking a quick orgasm. This process takes place in an interactive context involving the therapist and the patient. The therapist alternately assumes the identity of the patient and her penis, facilitating the dialogue between these two perspectives, allowing the emergence of often hidden experiences. The objective of the therapeutic approach is to bring these experiences into the therapeutic relationship or into broader social contexts, encouraging the rediscovery of the creative function of the symptom. An attempt is made to understand why the symptom persists and to allow the patient to take responsibility, reducing the anxiety and frustration associated with premature ejaculation. This study aims to verify how, through the process of identification and alienation, the symptom of premature ejaculation can become less necessary and, when it occurs, the patient can question himself more consciously about the reasons behind his choice to ejaculate quickly. The ultimate goal is to allow the patient to experience a significantly reduced level of anxiety and frustration in the area of her sexuality.

Keywords

Premature ejaculation, Gestalt therapy.

INTRODUZIONE

La Società Internazionale di Medicina Sessuale (ISSM) definisce l'EP come:

“Una disfunzione sessuale maschile caratterizzata da eiaculazione che si verifica sempre o quasi sempre prima o entro circa un minuto dalla penetrazione vaginale (EP permanente), o una riduzione clinicamente significativa e fastidiosa del tempo di latenza, spesso a circa 3 minuti o meno (EP acquisita). E incapacità di ritardare l'eiaculazione su tutte o quasi tutte le penetrazioni vaginali; e conseguenze personali negative, come angoscia, fastidio, frustrazione e/o evitamento dell'intimità sessuale” [1, 2].

Gli studi sulla prevalenza dell'EP collocano questa patologia come la disfunzione sessuale più comune tra gli uomini. Vari studi hanno rilevato che tra il 20% e il 30%

degli uomini soffre di EP, ma anche che solo l'1-12% degli uomini ricevono un trattamento per questa condizione. Ciò può essere attribuito all'esitazione dei pazienti e dei medici/psicologi a discutere l'argomento e anche alla mancanza di consapevolezza riguardo i trattamenti possibili [1]. Un ulteriore problema è dato dall'acceso dibattito riguardo i criteri diagnostici di questo fenomeno che possono sottostimare o sovrastimare le diagnosi di EP.

Le definizioni attualmente più utilizzate per definire l'eiaculazione precoce provengono dalla International Society of Sexual Medicine (ISSM) [2], dal Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali nella sua quinta revisione (DSM-5) [3] e, più recentemente, dalla undicesima revisione della classificazione internazionale delle malattie per le statistiche di mortalità e morbidità (ICD-11) [4], SIAMS (Società italiana andrologia e medicina della sessualità).

In generale, si fa riferimento all'Eiaculazione Precoce quando l'eiaculazione si verifica sempre o quasi sempre prima o subito dopo la penetrazione, con una difficoltà nel controllare il riflesso eiaculatorio durante la maggior parte o quasi tutte le penetrazioni, causando un disagio sia a livello individuale che nella relazione di coppia. Tuttavia, ancora non si è giunti ad una definizione universalmente accettata. Le definizioni internazionali, pur discostandosi tra loro, presentano tre elementi comuni:

- a) l'eiaculazione avviene prima del desiderio del soggetto;
- b) mancanza di controllo sul riflesso eiaculatorio;
- c) la presenza di un senso di disagio o stress causato dal disturbo, sia a livello individuale che nella relazione di coppia.

Nel 2013, il DSM ha definito l'EP come *“una modalità persistente o ricorrente di eiaculazione che si verifica durante i rapporti sessuali, circa un minuto dopo la penetrazione vaginale e prima che l'individuo lo desideri”*. I sintomi devono essere presenti da almeno 6 mesi e sperimentati in quasi tutte (>75-100%) le occasioni di attività sessuale (contesti situazionali o generalizzati). I sintomi causano disagio clinicamente significativo nell'individuo e la disfunzione sessuale non è meglio spiegata da un disturbo mentale non sessuale o come conseguenza di un grave disagio relazionale [5]. Sebbene i criteri diagnostici specifichino il rapporto sessuale penile-vaginale, è ragionevole supporre che stime simili della latenza eiaculatoria si applichino agli uomini che hanno rapporti sessuali con altri uomini, così come ad altri comportamenti sessuali. Le latenze eiaculatorie intravaginali stimate e misurate sono altamente correlate purché la latenza eiaculatoria sia di breve durata; pertanto, le stime autoriportate della latenza eiaculatoria sono sufficienti per scopi diagnostici.

Più recentemente, l'ISSM ha definito l'EP come una *“disfunzione sessuale maschile caratterizzata da eiaculazione che si verifica sempre o quasi sempre prima o in prossimità di circa 1 minuto dalla penetrazione vaginale dalla prima esperienza sessuale (eiaculazione precoce permanente), OPPURE una riduzione clinicamente significativa nel tempo di latenza, spesso fino a circa 3 minuti o meno (eiaculazione precoce acquisita); l'incapacità di ritardare l'eiaculazione su tutte o quasi tutte le penetrazioni vaginali; e conseguenze personali negative, come angoscia, fastidio, frustrazione e/o evitamento dell'intimità sessuale”* [2].

Infine, nel 2018, l'ICD-11 ha definito l'eiaculazione precoce maschile come caratterizzata da un'eiaculazione che avviene prima o entro un periodo molto breve dall'inizio della penetrazione vaginale o da altra stimolazione sessuale rilevante, con nessuno o scarso controllo percepito; il modello di eiaculazione precoce si verifica episodicamente o persistentemente per un periodo di almeno diversi mesi ed è associato a disagio clinicamente significativo. L'ICD-11 identifica cinque categorie: (1) permanente, generalizzata; (2) permanente, situazionale; (3) acquisito, generalizzato; (4) acquisito, situazionale; (5) non specificato (come categoria residua). [World Health Organization, 2019]. Infine, la più recente ICD-11 introduce l'eiaculazione precoce soggettiva o relazionale, quando la perdita del controllo volontario è vissuta con disagio dal maschio o da entrambi i partner, ma il tempo di latenza dell'eiaculazione è “normale” (intorno ai 6 minuti).

Osservando il riepilogo (Tabella 1) possiamo notare come l'ICD-11 si discosti dalle altre definizioni in quanto non prende come riferimento diagnostico lo IELT, comprende una diagnosi di eiaculazione precoce soggettiva e non si riferisce solo alla penetrazione vaginale, prendendo quindi in considerazione anche i rapporti omosessuali.

Il presente studio si inserisce nel contesto della discussione scientifica in psicoterapia attraverso la prospettiva olistica della psicoterapia della Gestalt, in cui si considerano tutte le esperienze, sia dolorose che gioiose, di un individuo come risultato dell'interazione tra sé e l'ambiente circostante. In altre parole, tutto ciò che l'individuo vive e sperimenta ha origine nell'interazione con l'ambiente – al confine di contatto – e non può essere affrontato isolatamente come un problema individuale. Secondo questa prospettiva, il sintomo o la sofferenza personale non indica un malfunzionamento o una carenza, ma rappresenta invece il prezzo pagato dalla persona per affrontare una situazione eccessivamente ansiosa o difficile che si è manifestata o sta ancora manifestandosi nell'ambiente in cui vive. L'ambiente, in questo caso, non si limita al solo luogo fisico ma comprende anche le

Tabella 1. Comparazione tra criteri diagnostici per EP.

	DSM-V	ISSM	ICD-11
Definizione di eiaculazione	Precoce	Prematura	Precoce
Permanente	(✓)*	✓	✓
Acquisita	(✓)*	✓	✓
Soggettiva/altro	-	-	✓
Generalizzata	✓	✓	✓
Situazionale	✓	✓	✓
Esordio	6 mesi	-	Molti mesi
Frequenza	>75%	Sempre o quasi sempre	Episodica o persistente
IELT**	1 min	1 min per generalizzata o 3 min per acquisita	-
Difficoltà associate	✓	✓	✓
Controllo	Eiaculazione prima che l'individuo lo voglia	Impossibilità a ritardare l'eiaculazione	Nessuno o scarso controllo percepito sull'eiaculazione
Fattore scatenante	Penetrazione vaginale	Penetrazione vaginale	Penetrazione vaginale o altra stimolazione sessuale rilevante
Criteri di esclusione	Non meglio spiegata da un altro disturbo mentale non sessuale	-	-

*Non in definizione, ma incoraggiato. **IELT = Tempo di latenza dell'eiaculazione intravaginale.

relazioni con gli altri individui significativi per la persona.

Nel contesto specifico di questa ricerca, si preferisce utilizzare il termine “disturbo sessuale” piuttosto che la terminologia più recente di “disfunzione sessuale” poiché si ritiene che un evento come l'eiaculazione precoce non indichi un cattivo funzionamento dell'organo o della persona, ma rifletta invece un disturbo nel mantenimento di un equilibrio importante ma insoddisfacente tra la persona e il suo ambiente. Questo equilibrio impedisce all'individuo di progredire e crescere. L'obiettivo di questa ricerca è affrontare il fenomeno dell'eiaculazione precoce nell'ottica della frammentazione e compartimentazione della personalità, trattando il sintomo come una soluzione creativa che dà al paziente l'illusione di non essere responsabile dell'azione che si intrattiene con l'altro/a, incolpando una parte di sé di cui si sente vittima.

È fondamentale sottolineare che questo approccio non nega l'importanza del sintomo, ma anzi lo riconosce e attribuisce grande valore alla sua risoluzione, considerandolo come un

segnale di aumento di consapevolezza nel processo di crescita personale. Il sintomo è quindi visto come espressione del soggetto e non come problema da risolvere: il fine è permettere alla persona di comprenderne il messaggio relazionale insito.

In sintesi, l'obiettivo principale è intervenire in modo terapeutico per favorire la crescita e lo sviluppo dell'individuo, riconoscendo il legame profondo tra l'individuo e il suo ambiente sociale e ricostituendo una visione globale e unitaria della persona in cui il corpo è parte integrante insieme ai pensieri e alle emozioni e non una parte scollegata.

Questo studio si basa sull'ipotesi che l'eiaculazione precoce sia una risposta carica di sofferenza ma efficace dell'individuo ad un ambiente vissuto come altamente valutativo e potenzialmente distruttivo, in cui l'intimità e in particolare l'orgasmo sono percepiti come momenti pericolosi da superare il più rapidamente possibile. L'esperienza orgasmica rappresenta un evento di fusione soggettiva in cui si sperimenta la capacità di superare i limiti fisici, emoti-

vi e intellettuali, integrandosi con l'altro/a, sia essa/o un individuo, un luogo, il mondo. Non è un'esperienza esclusivamente genitale e neanche esclusivamente sessuale. È un'esperienza che può essere accostata al *satori*, termine proveniente dalla cultura indiana, (la pienezza che restituisce consapevolezza immediata) degli infiniti collegamenti col mondo che mi circonda. La sessualità ed in particolare la genitalità sono una via semplice e facilmente disponibile per sperimentare questa pienezza.

Il fine della sessualità è sempre l'orgasmo¹, ma se il campo² in cui si sviluppa il desiderio è percepito troppo pericoloso dalla persona, l'eiaculazione precoce, cioè una scarica di bassa intensità, protegge dall'orgasmo e di non perdere il controllo sull'ambiente. Come alcune razze di antilopi che hanno sviluppato la capacità di avere brevi accoppiamenti anche mentre fuggono per la vicinanza dei leoni. L'eiaculazione precoce non si limita semplicemente al fenomeno di una scarica eiaculatoria che avviene quando il pene riceve una stimolazione diretta del glande (indipendentemente dalla modalità di stimolazione: mano, bocca, vagina o ano).

1. Orgasmo ed eiaculazione non sono necessariamente coincidenti. Posso fare un'esperienza orgasmica, cioè di piena fusione con l'ambiente che mi circonda, anche senza eiaculazione e posso sperimentare quest'ultima anche senza orgasmo.
2. Per campo intendiamo l'insieme della persona e dell'ambiente che la circonda che sono tra loro collegati inscindibilmente. Questi collegamenti fanno sì che ci sia un'influenza continua e reciproca fra individuo e ambiente e che qualsiasi caratteristica che emerga in un determinato momento nel campo individuo/ambiente dipenda sempre da entrambi.

Piuttosto, coinvolge anche un intenso vissuto di frustrazione, senso di colpa e rifiuto dell'altro/a, che ostacolano la continuità dell'intimità e il desiderio di apprezzare il piacere del/la partner. Questo elemento è spesso cruciale nel processo di cronicizzazione dell'esperienza di eiaculazione precoce.

Sono presenti spesso processi coercitivi introiettati, cioè regole assorbite, limiti educativi subiti, valori familiari e/o culturali che non si ha avuto la forza di contestare e che bloccano l'individuo in comportamenti predefiniti, che non sono realmente sentiti o de-

siderati. La persona si trova divisa tra intenzionalità spesso polarizzate, identificandosi solo con una di queste polarità: "Devo farcela", "Voglio soddisfare il/la mia compagna/o" o "Questa volta non deve succedere". Tenta di ignorare e anestetizzarsi nei confronti dell'ansia e del senso di pericolo, alienandosi dal desiderio di "venire" che attribuisce solo al suo pene, che diventa così un'entità separata con volontà propria.

Attraverso il processo di identificazione e alienazione, l'individuo esplora la possibilità di distaccarsi dalle coercizioni e dalle aspettative introiettate, identificandosi invece con i desideri e le aggressività "oscu- re" attribuite al pene. In questo processo, progressivamente si abbandona l'allucinazione frammentata e si assume la responsabilità dell'azione espressa con l'altro/a. Questo rende possibile un dialogo sia con l'ambiente esterno, rappresentato dal partner nella relazione, che con l'ambiente interno, rappresentato dall'immaginario e dai desideri proiettati sull'altro [6].

Lo studio si rivolge a qualsiasi individuo che abbia un pene e che viva con disagio e/o sofferenza l'esperienza dell'eiaculazione precoce.

PSICOTERAPIA ED EIACULAZIONE PRECOCE

Negli ultimi anni la scienza medica ha reso possibile ridurre la latenza eiaculatoria maschile grazie agli inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (SSRI), ma questo tipo di approccio si è rivelato inefficace per ripristinare o migliorare la fiducia sessuale degli uomini e la soddisfazione della relazione sessuale [7]. Inoltre, anche un intervento efficace e sicuro come quello farmacologico non riesce a superare gli ostacoli psicosociali che mantengono la disfunzione e interferiscono con l'attività sessuale.

Nonostante le cause dell'eiaculazione precoce siano ancora oggetto di dibattito, la psicoterapia resta un intervento vitale per evitare che fattori psicologici mantengano o facciano peggiorare le condizioni dei pazienti.

Attualmente la psicoterapia dell'EP presente in letteratura propone interventi seguendo i principi guida dell'imparare a controllare l'eiaculazione, comprendere il significato del sintomo e il contesto in cui si verifica.

I punti focali delle terapie psicoterapiche/comportamentali sono [7]:

1. apprendere tecniche per controllare e/o ritardare eiaculazione;
2. acquisire fiducia nelle proprie prestazioni sessuali;
3. diminuire l'ansia da prestazione;
4. modificare i comportamenti sessuali rigidi;
5. superare la resistenza all'intimità;
6. risolvere i problemi interpersonali che peggiorano e/o mantengono la disfunzione;
7. venire a patti con sentimenti/pensieri che interferiscono con la funzione sessuale;
8. aumentare la comunicazione.

I vari orientamenti psicoterapeutici poggiano su background scientifici differenti che hanno portato a teorie diverse rispetto ai motivi per cui un individuo soffre di EP:

- l'approccio comportamentale interpreta la disfunzione come un condizionamento o una risposta disadattiva a eventi interpersonali o ambientali. Vengono forniti esercizi o compiti a casa per aiutare l'uomo a gestire le sue sensazioni e a regolare la sua eccitazione [8];
- l'approccio psicodinamico vede la disfunzione come una metafora dell'uomo o della coppia che esprime aspetti contrastanti di sé stessi o della relazione. Pone l'accento sugli stati emotivi inconsci nei confronti delle donne, ipotizza la presenza di narcisismo patologico, paura della vagina e piacere passivo di perdere il controllo della minzione e di sporcare o degradare le donne [7, 8];
- l'approccio cognitivo indaga le distorsioni percettive e cognitive che possono essere alla base dell'EP, del suo mantenimento, del suo aggravamento. Queste possono includere pensieri degradanti (es. "sono un fallimento"), generalizzazioni eccessive (es. "se non ci riesco stasera, non ci riuscirò neanche domattina"), squalificazioni delle risposte positive (es. "ha detto che le è piaciuto solo per non ferire i miei sentimenti"), lettura del pensiero (es. "non ho bisogno di chiedere, so come si è sentita ieri sera"), predizione del futuro (es. "sono certo che stasera andrà male"), ragionamento emotivo (es. "se un uomo sente che qualcosa è vero, deve esserlo"), imperativi categorici (es. "dovrei, dovrebbe, devo, deve"), catastrofizzazione (es. "se stasera fallisco, la mia ragazza mi lascerà") [9];

- l'approccio sistemico familiare si concentra sulle dinamiche relazionali osservando i meccanismi di potere e di controllo, la gestione dell'intimità emotiva e sessuale [8];

- gli approcci psicoeducativi rielaborano il repertorio comportamentale dell'uomo o della coppia, modificando il copione messo in atto, spesso in modo rigido, nel rapporto sessuale [10].

La maggior parte degli studi sugli esiti della psicoterapia utilizza campioni piccoli e vengono raramente confrontati con placebo, liste di attesa o gruppi di controllo. Spesso i problemi di definizione creano confusione rendendo poco chiaro chi sia il soggetto di studio (ad esempio, in alcuni gruppi EP lo IELT è di 2 minuti; in altri sono 6 o più minuti). Il follow-up è spesso insufficiente, a dispetto delle evidenze che riportano la tendenza degli uomini a soffrire di ricadute [7, 8].

L'intervento psicologico rimane comunque rilevante nel trattare uomini e coppie con eiaculazione precoce. Gli effetti di questa disfunzione sull'uomo, il partner e la coppia sono generalmente profondi e angoscianti e l'intervento psicologico offre alle coppie un metodo per migliorare la soddisfazione sessuale, l'intimità emotiva e la soddisfazione relazionale [7].

IPOTESI DI STUDIO

L'ipotesi di studio sottostante a questa ricerca si fonda sull'indagine mirata a valutare l'efficacia di un approccio psicosesuologico basato sul processo dinamico di identificazione e alienazione della teoria gestaltica nel potenziare l'integrazione dei vissuti ed il senso di benessere correlato all'esperienza sessuale. Tale approccio si differenzia sostanzialmente dalle metodologie tradizionali, le quali si concentrano principalmente sul controllo dei tempi e delle prestazioni sessuali. Nell'ambito di questa indagine, intendiamo esaminare se l'accentuazione della consapevolezza e il ripristino di un'assunzione di responsabilità organismica nell'esperienza relazionale estetica con il partner possano condurre a miglioramenti rilevanti in termini di benessere sessuale. L'ipotesi fondamentale che guida questa ricerca è che l'adozione dell'approccio gestaltico possa favorire una maggiore connessione emo-

tiva e sensoriale durante l'atto sessuale, contribuendo così a creare un ambiente più propizio per il benessere psicosessuale individuale e di coppia fino alla co-creazione di una sintonizzazione estetica della durata orgasmica. Inoltre, questa ricerca mira a fornire una solida base empirica per valutare l'efficacia di questa metodologia e per esplorare le sue potenziali implicazioni nella pratica clinica e nella promozione del benessere sessuale.

METODOLOGIA E STRUMENTI

Popolazione dello studio

Un totale di 10 soggetti sarà coinvolto attraverso gli ambulatori privati di psicoterapia dei professionisti coinvolti nello studio per problematiche della sfera sessuale. I professionisti che parteciperanno come ricercatori a questo studio ed effettueranno lo screening diagnostico dei soggetti sono psicologi con almeno tre anni di esperienza, regolarmente iscritti ai propri albi regionali di appartenenza e con specifica formazione in psicosessuologia documentata. Dopo la valutazione psicologica e sessuologica condotta da uno psicosessuologo, verranno selezionati coloro che soddisfino i criteri per la diagnosi di EP.

L'EP verrà diagnosticata da uno psicosessuologo sulla base dei criteri diagnostici di DSM-5/ICD 11, incrociando i punteggi dello Strumento Diagnostico dell'Eiaculazione Precoce (PEDT) e la somministrazione di uno strumento qualitativo creato *ad hoc*. Tra gli altri criteri di inclusione, gli uomini dovranno essere sessualmente attivi e dovranno aver sperimentato piacere orgasmico nei sei mesi precedenti all'inizio dello studio. Al contrario, gli uomini affetti da disfunzione erettile (DE), EP associata alla DE, eiaculazione retrograda, disturbo dell'ipossessualità sessuale maschile e altre sindromi non verranno inclusi nello studio. La DE sarà esclusa sulla base di una valutazione sessuologica di un punteggio IIEF-15 <26. Altri criteri di esclusione per entrambi i gruppi includeranno: età inferiore a 18 anni; presenza di condizioni mediche come lesioni traumatiche o chirurgiche, malattie neurodegenerative (sclerosi multipla, neuropatia diabetica o alcolica), diabete mellito, disfunzioni tiroidee, ipertrofia prostatica, dislipidemia, malattie cardio-

vascolari, ipogonadismo, presenza di malattie psichiatriche; comorbidità intrapsichiche o relazionali; presenza di fattori di stress ambientali, uso di farmaci psichiatrici che influenzano l'intensità orgasmica (ipnotici, ansiolitici, antidepressivi, antipsicotici); uso di droghe (farmaci alfa-simpatomimetici, oppiacei, cocaina).

Dopo aver fornito una dettagliata descrizione del protocollo dello studio, i partecipanti saranno tenuti a fornire il loro consenso informato scritto autorizzando i ricercatori a utilizzare le loro informazioni personali e i questionari completati per gli scopi dello studio. I partecipanti saranno consapevoli che la loro partecipazione allo studio sarà volontaria. Il protocollo dello studio verrà sottoposto ad approvazione del comitato etico della FISIG (Federazione Italiana delle Scuole e Istituti di Gestalt).

Articolazione dello studio

Lo studio si articolerà in 6 fasi:

Si diffonderà tramite form online un consenso informato al trattamento. I partecipanti forniranno un consenso informato separato per il trattamento e per la partecipazione alla ricerca. Questo documento spiega in dettaglio la natura del trattamento, le aspettative e i possibili rischi o benefici.

Fase 1 "Reclutamento"

Questa fase mira a identificare e selezionare i partecipanti idonei per lo studio sperimentale condotto attraverso gli ambulatori privati di psicoterapia, per problematiche della sfera sessuale.

1. Identificazione dei professionisti coinvolti: inizialmente, è necessario identificare e coinvolgere i professionisti (psicoterapeuti) che desiderano partecipare allo studio. Questi professionisti devono essere adeguatamente informati sugli obiettivi dello studio, sulle misure da adottare per garantire la privacy e la riservatezza dei pazienti e sull'etica della ricerca.
2. Progettazione del form online: il form include i seguenti elementi:
 - a. Questionario demografico: dovrebbe raccogliere informazioni sulle caratteristiche demografiche dei

partecipanti come età, genere, stato civile, livello di istruzione, occupazione e altre informazioni rilevanti.

- b. PEDT (Premature Ejaculation Diagnostic Tool): Il PEDT è uno strumento utilizzato per valutare la presenza e la gravità dell'eiaculazione precoce. I partecipanti risponderanno a domande specifiche per aiutare a determinare la loro condizione.
 - c. IIEF (International Index of Erectile Function): l'IIEF è un questionario utilizzato per valutare la funzione erettile maschile. Esso comprende domande relative alla capacità di ottenere e mantenere un'erezione, la soddisfazione sessuale e altre dimensioni legate alla sfera sessuale maschile.
 - d. SCL-90 (Symptom Checklist-90): questo questionario valuta una vasta gamma di sintomi psicologici e psichiatrici, che potrebbero essere rilevanti per lo studio delle problematiche sessuali. Può aiutare a identificare eventuali disturbi emotivi o psicologici nei partecipanti.
 - e. DES-II (Dissociative Experiences Scale): questo strumento misura la tendenza dei partecipanti a sperimentare episodi di dissociazione, che potrebbero essere pertinenti per la valutazione delle problematiche sessuali.
4. Diffusione del form: può essere distribuito ai pazienti dei professionisti coinvolti nello studio. I pazienti possono ricevere un link al form tramite e-mail o al termine di una sessione di terapia.
 5. Consenso informato: prima di compilare il form, i pazienti devono fornire un consenso informato completo, comprendente informazioni sulla natura dello studio, l'uso dei loro dati e la garanzia di riservatezza.
 6. Raccolta dei dati: successivamente i dati verranno raccolti e archiviati in modo sicuro per l'analisi successiva.
 7. Analisi preliminare: in questa fase iniziale dello studio, i dati demografici e i risultati dei questionari verranno analizzati per identificare i partecipanti idonei a partecipare alla Fase 2 dello studio, che potrebbe comportare ulteriori valutazioni o trattamenti.

La Fase 1 di reclutamento è fondamentale per garantire che lo studio sia condotto in modo etico e che i partecipanti siano adeguatamente selezionati in base ai crite-

ri di inclusione ed esclusione. Una pianificazione e un'esecuzione accurata di questa fase contribuiranno al successo complessivo dello studio sulla sfera sessuale.

Fase 2 "Valutazione"

In questa fase, i partecipanti ai quali sono stati somministrati gli strumenti descritti nella fase 1 vengono selezionati rispettando i criteri di seguito riportati.

Tra gli altri criteri di inclusione:

- gli uomini dovranno avere una vita sessuale abbastanza attiva (è una definizione che può variare da persona a persona e dipende dalle proprie esperienze, desideri e orientamenti sessuali, per questo studio si intende per "abbastanza attiva" chi ha almeno un rapporto sessuale con un partner – anche non stabile – nell'arco di un mese, esclusa la masturbazione o l'esplorazione sessuale (Indagine Censis, 2019) [13];

Verranno esclusi dallo studio i soggetti che presentino comorbidità con altre disfunzioni sessuali (diagnosi di disfunzione erettile, eiaculazione retrograda, disturbo dell'ipossessualità maschile e altre disfunzioni sessuali). La DE sarà esclusa sulla base di una valutazione sessuologica di un punteggio IIEF-15 <26. Altri criteri di esclusione per entrambi i gruppi includeranno: età inferiore a 18 anni; presenza di condizioni mediche come lesioni traumatiche o chirurgiche, malattie neurodegenerative (sclerosi multipla, neuropatia diabetica o alcolica), diabete mellito, disfunzioni tiroidee, ipertrofia prostatica, dislipidemia, malattie cardiovascolari, ipogonadismo, presenza di malattie psichiatriche; comorbidità intrapsichiche o relazionali; presenza di fattori di stress ambientali, uso di farmaci psichiatrici che influenzano l'intensità orgasmica (ipnotici, ansiolitici, antidepressivi, antipsicotici); uso di droghe (farmaci alfa-simpatomimetici, oppiacei, cocaina).

Fase 3 "Campionamento"

La Fase 3, o "campionamento", è un'importante transizione tra la raccolta dei dati iniziali e il prosieguo dello studio con un campione specifico di partecipanti che rispondono ai requisiti previamente stabiliti. Questa fase è cruciale per garantire che lo studio possa raggiungere i suoi obiettivi e ottenere risultati significativi. In questa fase, vengono se-

lezionati i partecipanti che soddisfano i criteri di inclusione ed esclusione specificati precedentemente. In questa fase avverranno:

1. Selezione dei partecipanti idonei: utilizzando i criteri di inclusione ed esclusione stabiliti, i partecipanti vengono selezionati tra quelli che hanno completato con successo la Fase 2 di valutazione.
2. Considerazioni etiche: durante il processo di selezione, è importante garantire che i diritti dei partecipanti siano protetti e che siano stati ottenuti tutti i consensi informati necessari per il trattamento e la partecipazione alla ricerca.
3. Campione rappresentativo: potrebbe essere necessario adottare una strategia di campionamento che assicuri una diversità di partecipanti in termini di età, genere, orientamento sessuale, background culturale ed altri fattori rilevanti (raccolti in fase 1).
4. Conferma della partecipazione: i partecipanti idonei, vengono informati della loro partecipazione allo studio e confermano la loro disponibilità a continuare. Vengono anche informati su cosa comporterà la loro partecipazione, compreso il proseguimento del trattamento se applicabile.

Fase 4 "Psicoterapia"

La Fase di Trattamento è composta da circa 10 sessioni di psicoterapia e nel suo complesso è divisa in diverse sotto-fasi, ognuna delle quali ha un obiettivo specifico nel processo di trattamento e segue il ciclo del contatto della Psicoterapia della Gestalt:

1. Precontatto (mediamente da una a tre sedute): questa fase iniziale è cruciale per creare una base sicura e costruire una relazione di fiducia tra il paziente e il terapeuta. Durante questo periodo, è importante chiarire che non ci saranno giudizi né aspettative da parte del terapeuta o del paziente. Si cerca di creare uno spazio aperto in cui il paziente possa esplorare i propri vissuti, emozioni, sensazioni e pensieri senza paura di essere giudicato. La sospensione del giudizio è un elemento chiave in questa fase.
2. Contatto (mediamente una o due sedute): durante questa fase, viene de-

lineata un'ipotesi e un'esperienza di lavoro. L'ipotesi è che il paziente abbia costruito una sorta di divisione interna tra sé stesso e una parte di sé associata a comportamenti sessuali indesiderati. Si cerca di supportare il paziente a dialogare con questa parte - *in modo da superare la polarità tra il "dottor Jekyll e mister Hyde" che ha creato*. L'obiettivo è portare il paziente a identificarsi alternativamente con entrambe le parti per favorire l'emergere di un sé integrato.

3. Contatto pieno (mediamente da una a tre sedute): in questa fase avviene il processo di identificazione ed alienazione. Il paziente è sostenuto a dialogare con una rappresentazione del suo pene, proiettato su una sedia vuota e con sé stesso frustrato, che è critico nei confronti del pene. Questo processo può coinvolgere l'uso di drammatizzazione e la tecnica della sedia vuota. Il terapeuta partecipa attivamente al dialogo. L'obiettivo è far sì che il paziente si identifichi alternativamente con entrambe le parti e sperimenti la possibilità di osservare sviluppando la capacità di alienarsi da entrambe.
4. Post contatto (mediamente una o due sedute): durante questa fase, il paziente viene sostenuto nel portare nella relazione con il/la partner le comprensioni, le intuizioni e le emozioni emerse durante le fasi precedenti. L'obiettivo è sostenere una comunicazione aperta e paritaria tra il paziente e il/la partner. Eventuali conflitti di potere possono essere affrontati in questa fase.
5. Ritiro (mediamente da una a tre sedute): nella fase finale, si verifica se il sintomo (in questo caso, l'eiaculazione precoce) è scomparso e se il paziente ha acquisito una maggiore consapevolezza su come gestire l'ansia nelle relazioni sessuali. Si cerca di decostruire il processo che ha portato allo sviluppo del sintomo nel tempo, in modo che il paziente possa vedere il sintomo non più come un problema, ma come una soluzione adottata per affrontare altri problemi. L'obiettivo è liberare l'energia investita nel sintomo e favorire una visione più chiara dei problemi sottostanti.

In generale, questa Fase 4 è incentrata sul trattamento e sulla comprensione delle problematiche sessuali del paziente

attraverso una serie di attività e dialoghi terapeutici mirati. La collaborazione attiva tra il paziente e il/la terapeuta è essenziale per il successo di questa fase, che mira a promuovere una sessualità sana e una relazione più soddisfacente tra il paziente e il suo partner.

Fase 5 “Valutazione Post-trattamento”

Nella fase di “Re-test” vengono nuovamente somministrati i test e i questionari utilizzati nella Fase 1 per valutare se il trattamento ha avuto un impatto significativo sulla condizione dei partecipanti. Dettagliatamente:

1. Raccolta dei dati post-trattamento: inizialmente, i partecipanti che hanno completato il trattamento vengono sottoposti a una seconda serie di valutazioni. Queste valutazioni includono i test e i questionari utilizzati nella Fase 1: il PEDT (Premature Ejaculation Diagnostic Tool), l’IIEF (International Index of Erectile Function), il SCL-90 (Symptom Checklist-90) e il DES-II (Dissociative Experiences Scale).
2. Analisi dei risultati: i dati raccolti durante la Fase 5 vengono confrontati con quelli raccolti nella Fase 1 attraverso un’analisi statistica. Questo confronto consente ai ricercatori di valutare se ci sono stati cambiamenti significativi nelle condizioni dei partecipanti a seguito del trattamento. Ad esempio, è possibile verificare se ci sono miglioramenti nelle funzioni sessuali, nella salute psicologica o in altri parametri rilevanti. I dati raccolti durante la Fase 5 vengono analizzati per determinare se il trattamento ha avuto un impatto positivo, neutro o negativo sulla condizione dei partecipanti. L’analisi può includere l’uso di metodi statistici per valutare la significatività dei cambiamenti osservati.
3. Risultati e conclusioni: Sulla base dell’analisi dei dati, gli investigatori possono trarre conclusioni sull’efficacia del trattamento nell’affrontare le problematiche della sfera sessuale studiate. Possono anche valutare se vi siano correlazioni tra i cambiamenti osservati e variabili demografiche o altre caratteristiche dei partecipanti.

La Fase 5 è essenziale per valutare l’efficacia del trattamento condotto duran-

te la Fase 4 e per determinare se ha avuto un impatto positivo sulla condizione dei partecipanti. La raccolta dei dati pre-trattamento e post-trattamento fornisce un quadro completo dei cambiamenti nell’ambito dello studio, consentendo agli investigatori di trarre conclusioni basate su evidenze empiriche.

Fase 6 “Follow-up”

Questa fase mira a valutare la sostenibilità degli effetti del trattamento a lungo termine. Durante il follow-up a 6 mesi, vengono nuovamente somministrati i test e i questionari utilizzati nelle Fasi 1 e 5 per valutare se i risultati positivi ottenuti a seguito del trattamento persistono nel tempo. Questo tipo di analisi contribuisce alla comprensione dell’efficacia a lungo termine delle terapie sessuali e può avere implicazioni importanti per l’assistenza clinica e la pratica terapeutica.

Principali misure di outcome

Verranno impiegati due strumenti di valutazione distinti al fine di acquisire dati quantitativi e qualitativi relativi all’esperienza sessuale dei partecipanti.

PEDT - Premature Ejaculation Diagnostic Tool

Il primo strumento è un questionario specificamente sviluppato per l’analisi della presenza di eiaculazione precoce durante il rapporto sessuale. Il PEDT è composto da cinque domande a risposta multipla, progettate per raccogliere informazioni indicative sulla frequenza e sulla gravità dell’eiaculazione precoce del paziente. Le domande includono la difficoltà nel controllare l’eiaculazione, la frequenza con cui si verifica l’eiaculazione prematura, la possibilità di eiaculare anche dopo una minima stimolazione sessuale, il grado di disagio causato dall’eiaculazione precoce e la preoccupazione riguardo al tempo necessario per raggiungere l’eiaculazione e il possibile impatto sulla soddisfazione sessuale del partner. Ogni domanda offre diverse opzioni di risposta, con punteggi crescenti per riflettere la gravità del problema. Questo questionario mira a fornire dati quantitativi dettagliati sull’esperienza sessuale dei partecipanti in relazione all’eiaculazione precoce, contribuendo così alla nostra compren-

sione dell'efficacia dell'approccio gestaltico nell'affrontare questa disfunzione sessuale. Questo questionario psicometrico standardizzato è convalidato strumento per valutare la presenza di PE [11]. Si compone di cinque elementi a scelta multipla. I punteggi totali pari o inferiori a 8 indicano l'assenza di EP clinicamente significativa; punteggi tra 9 e 10 indicano un PE incerto, mentre punteggi pari o superiori a 11 indicano EP clinicamente significativa.

Analisi statistiche

I dati saranno elaborati ed analizzati usando metodi statistici di routine, e un valore di $p < 0.005$ sarà considerato significativo. I confronti dei risultati, ripetuti nelle varie fasi della terapia attraverso le batterie sopracitate, saranno eseguiti utilizzando test di analisi della varianza a una via e analisi della varianza a una via a misure ripetute. Tutte le statistiche saranno calcolate usando la versione 12.0 di SigmaPlot.

Limiti e sviluppi futuri

I limiti principali di questo studio potrebbero riguardare:

- **campione di piccole dimensioni** poiché nel disegno sperimentale si è previsto il trattamento all'interno dello studio privato di liberi professionisti, ci aspettiamo che il numero di partecipanti a questa ricerca possa essere limitato, quindi, se questa ipotesi verrà confermata, sarà necessario ampliare il campione stesso rispetto a questo primo studio pilota;
- **accessibilità al trattamento** poiché nel disegno sperimentale si è previsto il trattamento all'interno dello studio privato di liberi professionisti, è presumibile che le persone che si rivolgeranno a tali professionisti appartengono al ceto medio o alto poiché è previsto che l'onere economico del percorso terapeutico sia a carico dei pazienti stessi;
- **assenza del campione controllo e follow-up a 6 mesi**: il follow-up a 6 mesi, pur essendo un tempo ampio, non verifica eventuali ricomparsa della sintomatologia successive ai 6 mesi.

Si ipotizza che questa modalità di trattamento focalizzato sulla presa di consapevolezza delle proprie dinamiche interne,

possa essere valido anche rispetto ad altre disfunzioni sessuali maschili (ad esempio DE) e femminili (ad esempio vaginismo) e pertanto che si possano sviluppare successive ricerche in queste direzioni.

CONFLITTO DI INTERESSI

Gli autori dichiarano di non avere conflitti di interessi.

BIBLIOGRAFIA

1. Patrick, D. L., Althof, S. E., Pryor, J. L., Rosen, R., Rowland, D. L., Ho, K. F., ... & Jamieson, C. (2005). Ejaculatory disorders: premature ejaculation: an observational study of men and their partners. *The Journal of Sexual Medicine*, 2(3), 358-367.
2. Serefoglu, E. C., McMahon, C. G., Waldinger, M. D., Althof, S. E., Shindel, A., Adaikan, G., ... & Torres, L. O. (2014). An evidence-based unified definition of lifelong and acquired premature ejaculation: report of the second international society for sexual medicine ad hoc committee for the definition of premature ejaculation. *Sexual medicine*, 2(2), 41-59.
3. American Psychiatric Association. (2022). *DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.)
4. World Health Organization. (2019). *ICD-11: International statistical classification of diseases and related health problems* (11th ed). Disponibile a: <https://icd.who.int/>.
5. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. American Psychiatric Association.
6. Pizzimenti, M., & Bellini, B. (2022). *Sessuologia della Gestalt: Manuale imperfetto per continuare la rivoluzione sessuale*. Franco Angeli.
7. Althof, S. E. (2005). Psychological treatment strategies for rapid ejaculation: rationale, practical aspects, and outcome. *World Journal of Urology*, 23(2), 89-92.
8. Bukhari, S. R. (2022). Psycho, pharmaco and sex therapy for the treatment of premature ejaculation. *Pakistan Journal of Medical Sciences*, 38(8), 2350.
9. Rosen, R. C., Leiblum, S. R., & Spector, I. P. (1994). Psychologically based treatment for male erectile disorder: A cognitive-interpersonal model. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 20(2), 67-85.
10. Gagnon, J. H., Rosen, R. C., & Leiblum, S. R. (1982). Cognitive and social aspects of sexual dysfunction: Sexual scripts in sex therapy. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 8(1), 44-56.
11. Symonds, T., Perelman, M. A., Althof, S., Giuliano, F., Martin, M., May, K., ... & Morris, M. (2007). Development and validation of a premature ejaculation diagnostic tool. *European urology*, 52(2), 565-573.