



UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PALERMO
FACOLTA DI MEDICINA E CHIRURGIA
Dottorato di Ricerca in Medicina Cardiovascolare e Biotecnologie Chirurgiche ed Urologiche
Indirizzo in Scienze Urologiche – ciclo XXV°
Referente: Prof. Carlo Pavone
SSD: MED 24 UROLOGIA

**EIACULAZIONE PRECOCE: EFFICACIA DEI TRATTAMENTI A CONFRONTO.
TERAPIA MEDICA VS TERAPIA MEDICA IN ASSOCIAZIONE A PSICOTERAPIA
GRUPPOANALITICA VS PSICOTERAPIA GRUPPOANALITICA**

DOTTORE

Giuseppa Gambino

TUTOR

Ch.mo Prof. Marco Vella

COORDINATORE

Ch. Mo Prof. Attilio Ignazio Lo Monte
Pavone

REFERENTE INDIRIZZO

Ch.Mo Prof. Carlo

Ciclo XXV

ANNO ACCADEMICO 2015

Giuseppa Gambino, Via Nicolò Buscemi. 4, 90145 Palermo Tel. 3392842381 mail:
gambino.giusi@alice.it

INDICE

PARTE I - L'EIACULAZIONE PRECOCE

1. Introduzione	pag. 6
2. Cenni storici	pag. 9
3. Una definizione complessa	pag. 10
3.1 Lo IELT	pag. 13
4. Classificazioni	pag. 13
5. Epidemiologia	pag. 16
5.1 Prevalenza	pag. 16
6. Eziologia	pag. 19
6.1 Le teorie Biologiche	pag. 20
6.2 Le teorie Psicosociali	pag. 21
7. Fattori di rischio	pag. 23

PARTE II – DIAGNOSI DELL'EIACULAZIONE PRECOCE

1. Introduzione	pag. 26
-----------------	---------

1.1 Diagnosi medica	pag. 27
1.1.1 Esame obiettivo	pag. 28
1.1.2 Esami di laboratorio	pag. 28
1.1.3 Esami strumentali	pag. 30
2. Diagnosi psicologica	pag. 31
2.1 Psicodiagnosi in un setting gruppoanalitico	pag. 32
2.2 Questionario diagnostico-classificativi per EP	pag. 33
2.3 Questionari diagnostico per l'ansia	pag. 35
3. Quanto gioca la psiche sull'EP?	pag. 36
3.1. Capire la sessualità maschile	pag. 37
3.2 Cosa è necessario imparare sull'EP e sul controllo eiaculatorio	pag. 38

PARTE III – TRATTAMENTO DELL'EIACULAZIONE PRECOCE

1 Trattamento farmacologico	pag. 42
1.2 La Dapoxetina	pag. 43
2 Trattamento psicologico: psicoterapia gruppoanalitica. Cenni sulla gruppoanalisi	pag. 47
2.1 Fattori terapeutici di gruppo	pag. 50
2.2 Concetti base della gruppoanalisi	pag. 54
2.3 Gruppo omogeneo: cenni storici	pag. 66

2.4 Che cos'è un gruppo omogeneo	pag. 67
2.5 Come si fa un gruppo	pag. 70
3. Il cambiamento in psicoterapia	pag. 71
4. Trattamenti Multimodali	pag. 76
4.1 Multimodalità in psicoterapia	pag. 76
4.2 Multimodalità dell'agire clinico	pag. 76
4.3 Dalla multimodalità all'integrazione	pag. 78
4.5 La nostra proposta di modello multimodale	pag. 81

PARTE IV - LA RICERCA

1. Introduzione	pag. 82
2. Obiettivi	pag. 83
3. Materiali e Metodi	pag. 84
4 Strumenti	pag. 85
4.1 Metodologia statistica utilizzata	pag. 88
5. Descrizione dei gruppi	pag. 89
6. Risultati	pag. 91
7. Risultati nei tre gruppi di ricerca	pag. 95
7.1 Analisi statistica dei risultati ottenuti	pag. 101

PARTE V – REPORT DI UN GRUPPO DI TERAPIA ANALITICA

1. Introduzione	pag. 108
2. Storia del gruppo	pag. 110
3. Discussione e conclusioni	pag. 118
Appendice	pag. 123
Bibliografia	pag. 131

PARTE I

L'Eiaculazione precoce

1 Introduzione

“Buongiorno dottoressa, cosa ne pensa del trattamento farmacologico dell’ejaculazione precoce? Quanto conta la componente fisica e quanto la componente psicologica in questo problema?”.

L’ejaculazione precoce (EP) è uno tra i termini più digitati e ricercati on-line, è il più frequente disturbo sessuale maschile (o per meglio dire: della coppia) riguardando il 25-40% della popolazione e comporta un significativo distress nell’uomo e nel partner, influenzando profondamente la relazione (Patrick et al., 2005).

Le situazioni sessuate solitamente vengono accompagnate da emozioni negative e da sentimenti di ansia, imbarazzo, colpa, preoccupazione e paura di fallire. Queste persone presentano inoltre minore auto-efficacia e maggiori difficoltà interpersonali rispetto a quelle senza problematiche sessuali (Haremann et al., 2005).

A testimonianza di quanto gli effetti dell’EP siano evidenti sulla vita di coppia, citiamo un interessante quanto curioso studio effettuato in Iran da Althof et al. (2009)¹ secondo cui le relazioni extraconiugali occorse a seguito dell’insoddisfazione sessuale conseguente all’EP avrebbero determinato il 13,7% dei divorzi nel campione coinvolto nello studio.

Gli uomini spesso trascurano l’EP e la attribuiscono allo stress o si rassegnano perché sono convinti che non ci siano soluzioni (Porst, 2007). Alcuni provano a cercare su

Internet “strategie” alternative che diano sollievo al disagio che questa condizione causa alla relazione con il partner. Tuttavia, questi tentativi non professionali sono spesso frustranti e peggiorano tensione e stress.

Nonostante la diffusione di tale problema, l’EP è ancora lontana dall’essere il più frequente motivo di richiesta di aiuto medico. A tal proposito, due studi condotti nel Regno Unito (2008)² ed in Francia (2009)³ tramite intervista telefonica hanno rilevato come l’EP fosse il disturbo sessuale maschile più comune con rispettivamente il 20% ed il 16% di frequenza nei due studi, seguita dal deficit erettile con il 18% e il 15% di frequenza. Ma soprattutto questi autori sottolineano che tra gli uomini intervistati, solo il 26% nel Regno Unito ed il 10% in Francia si sono rivolti al medico per cercare di risolvere i problemi relativi alla sfera sessuale.

Allo stato attuale l’EP non ha una causa unica ben definita. Le possibili basi organiche sono state chiarite, ma non sono ancora del tutto certe e soprattutto, sufficienti a spiegare tutti i casi. Non esistono neppure aspetti psicologici comuni a tutti gli eiaculatori precoci: certamente, non si tratta di uomini che odiano le donne e che temono la castrazione, come sostenevano le vecchie teorie psicoanalitiche, ma, pur potendo escludere tali ipotesi, ci troviamo di fronte a molteplici altre spiegazioni psicologiche, variabili da soggetto a soggetto e non generalizzabili. Ciò rende difficile il trattamento dell’EP e dimostra come fosse eccessivo e semplicistico l’ottimismo dei primi studiosi, come Masters e Johnson o la Kaplan, riguardo al successo degli approcci di terapia sessuale per questa disfunzione. E’ bene essere consapevoli di questa realtà, per calibrare le proprie aspettative ed evitare inutili

delusioni.

Attualmente è accettabile e fondato scientificamente soltanto un trattamento ad ampio spettro, che prenda in considerazione cause di vario genere, sia organiche sia psicologiche, ed utilizzi molteplici metodiche di trattamento, mirate a diversi aspetti: gli interventi atti ad elaborare conflitti, ad incrementare l'intimità, a migliorare la comunicazione di coppia, a modificare convinzioni errate e miti sulla sessualità e a prendere in considerazione anche i farmaci.

Adeguandoci a tale impostazione, il nostro studio, condotto presso l'Ambulatorio di Urologia e Andrologia dell'AOUP "Paolo Giaccone" di Palermo, suggerisce per pazienti con EP un *intervento multimodale "biologico-psicologico"*, teso ad una valutazione complessiva del paziente, che prende in considerazione tutti questi aspetti, rendendolo completo e corretto dal punto di vista scientifico.

Insieme all'equipe medica coordinata dal prof. Carlo Pavone abbiamo utilizzato per la terapia medica la *dapoxetina* e per la terapia psicologica la *psicoterapia gruppoanalitica*. Rispetto a ques'ultima dato che il trattamento è a breve termine il formato privilegiato è il *gruppo omogeneo*.

In tal modo ci auguriamo di fornire ai pazienti una valida risorsa per l'acquisizione del controllo eiaculatorio, per la riduzione dell'ansia ma anche di migliorare la relazione di coppia e l'autoconoscenza corporea, aspetti certamente importanti per poter aumentare la qualità della propria vita sessuale.

2. Cenni Storici

L'EP è una disfunzione sessuale che nel corso della storia dell'umanità ha avuto varie chiavi di lettura e connotazioni: se ne trovano tracce nel Kama Sutra (testo indiano sul comportamento sessuale risalente al IV secolo) in cui l'uomo che eiacula precocemente viene accusato di frustrare le donne.

In epoca Vittoriana, in Inghilterra ed in America, la figura femminile era subordinata ad una cultura maschilista: la soddisfazione femminile non era presa in considerazione sia nell'ambito sessuale sia per altri aspetti della quotidianità e l'EP non veniva nemmeno considerata un disturbo della sessualità. In quest'epoca tra i sostenitori delle teorie Darwiniste si fece strada l'idea che l'EP fosse un'eredità dell'uomo ancestrale, un segno di virilità: da un punto di vista evoluzionistico gli uomini con EP sarebbero stati, in un'epoca primitiva, i più efficaci nella procreazione.

Anche A. Kinsey, biologo e sessuologo statunitense, che negli anni '40 condusse la prima vasta inchiesta statistica nel campo del comportamento sessuale umano, nel suo libro "Il comportamento sessuale dell'uomo" (1948) affermava che l'EP non doveva essere considerata una disfunzione sessuale poiché in tutti i mammiferi superiori, primati compresi, l'eiaculazione avveniva subito dopo la penetrazione.

Al giorno d'oggi la società appare più aperta ad affrontare tematiche legate alla sessualità; tuttavia è ancora necessaria una sensibilizzazione che consenta di "sdoganare" i problemi della sessualità (tra cui quello dell'EP) dalle patologie

considerate di “serie B”, in modo da indurre chi ne soffre a chiedere con più serenità e senza vergogna o sfiducia l'intervento terapeutico che questi problemi richiedono.

3. Una definizione complessa

Dal punto di vista clinico è abbastanza difficile definire l'EP con precisione ed in modo unanime perché i criteri diagnostici sono cambiati negli anni e sono diversi tra i vari studiosi. Le numerose definizioni proposte hanno via via dato forma al disturbo stesso.

Sicuramente possiamo dare un giudizio oggettivo di EP, quando essa avviene "ante portam" ovvero prima della penetrazione (quelle che i ragazzi chiamano “eiaculazioni nei blue jeans”), oppure “intra moenia” (dal latino “entro le mura” della vagina), esclusivamente durante la penetrazione.

Possiamo avere, invece, un giudizio soggettivo quando il soggetto ritiene insoddisfacente il tempo intercorso tra l'inizio della stimolazione sessuale e l'eiaculazione con il conseguente scarso piacere .

I fondatori della moderna terapia sessuale, Masters e Jonhson (1966)⁴ dichiaravano che un uomo che, nel 50% o più dei suoi rapporti sessuali, eiacula prima che la donna avesse raggiunto l'orgasmo poteva dirsi affetto da EP.

Nel 1974 la Kaplan⁵ ha definito il soggetto affetto da EP incapace di percepire e controllare l'evento eiaculatorio così che nel momento di una intensa e soggettiva,

forte eccitazione raggiunge rapidamente l'orgasmo.

In tempi più recenti, nel DSM IV⁶ (2000) l'EP è stata definita come una *“persistente o ricorrente eiaculazione a seguito di minima stimolazione sessuale prima, durante o poco dopo la penetrazione e prima che il soggetto lo desideri”* ma viene anche aggiunto che, per poter fare una corretta diagnosi, il clinico debba considerare anche altri fattori che fisiologicamente possono influenzare la durata della fase dell'eccitazione (per es. l'età, la novità del partner o della situazione, la frequenza recente dell'attività sessuale).

Nel 2009 la Società Internazionale per la Medicina Sessuale (ISSM)⁷ ha adottato una nuova definizione basata sull'evidenza per l'EP primitiva, secondo cui l'EP è considerata *“una disfunzione sessuale maschile caratterizzata da un'eiaculazione che, sempre o quasi sempre, avviene prima o entro circa un minuto dalla penetrazione vaginale, con incapacità a ritardare l'eiaculazione in tutte o quasi tutte le penetrazioni vaginali, con ripercussioni personali negative, come angoscia, fastidio, frustrazione e/o tendenza ad evitare l'intimità sessuale”*.

Nel 2010 la WHO nell'International Classification of Disease-10 (ICD-10, 2010)⁸ ha definito l'EP come *“l'incapacità a ritardare l'eiaculazione per il tempo sufficiente ad avere un rapporto sessuale soddisfacente, incapacità che si esplicita con una eiaculazione che si manifesta prima o subito dopo l'inizio del rapporto. Se è necessario un tempo limite: prima o entro 15 secondi dall'inizio del rapporto) o eiaculazione che occorre in assenza di una erezione sufficiente all'espletamento di un rapporto. Il problema non è il risultato di una prolungata astinenza dall'attività*

sessuale”.

Nel 2012 la Second International Consultation on Sexual and Erectile Dysfunction⁹ ha definito la EP come *“l’ejaculazione seguente ad una minima stimolazione, e comunque raggiunta prima di quando desiderato, prima o subito dopo la penetrazione, che causa fastidio o angoscia e sulla quale il paziente ha poco o nessun controllo volontario”*.

Con il susseguirsi negli anni di nuove definizioni, nel tentativo di uniformare i criteri classificativi e facilitare la diagnosi dell’EP stessa, è stata introdotta una variabile diagnostica misurabile: lo IELT. Ci limitiamo di seguito a trattare brevemente questo argomento, definendone significato e metodiche di misurazione.

3.1 Lo IELT

Lo **IELT**, tempo di latenza eiaculatoria intravaginale è l’epoca che intercorre tra il momento della penetrazione vera e propria e l’emissione di sperma. Esso rappresenta un importante metodo diagnostico (anche se molti uomini affetti da EP eiaculano prima della penetrazione).

La misura dello IELT rappresenta il limite stesso della metodica in quanto, ad oggi, non ne esiste una standardizzazione. La misurazione dovrebbe infatti avvenire mediante la cosiddetta tecnica dello *stop watch*, ovvero tramite cronometrando la pratica masturbatoria o del rapporto sessuale; naturalmente, l’ansia da prestazione che può determinarsi a seguito di tale metodica di misurazione può falsare il risultato,

motivo per cui alcune aziende hanno sviluppato stimolatori vibratili che consentano una misurazione meno influenzata da fattori emozionali¹⁰.

4. Classificazioni

Nel classificare l'EP è opportuno valutare il tempo di comparsa, la frequenza di presentazione del disturbo e, infine, la severità dello stesso.

In funzione all'epoca di insorgenza del disturbo si distingue in:

- **EP primitiva (lifelong):** comparsa sin dai primi rapporti sessuali (circa il **70% dei casi**), descritta per la prima volta nel 1943 come sindrome clinica da Bernard Shapiro.
- **EP secondaria (acquired):** insorta dopo un periodo di normale attività sessuale (**circa il 30% dei casi**)¹¹ descritta da Waldinger 2007.

La frequenza con cui il disturbo si presenta permette di distinguere l'E.P in:

- **assoluta**, il disturbo si manifesta sempre a prescindere dal partner indipendentemente dal grado di coinvolgimento emotivo del paziente;
- **situazionale**, il disturbo si manifesta solo con un determinato partner ed in presenza di situazioni psicologicamente stressanti.

Dall'esperienza clinica è facile osservare un'improvvisa EP con la partner abituale (moglie, fidanzata, compagna) e una non precocità con eventuali partner occasionali (amanti, prostitute).

Per quanto concerne la valutazione della severità, la Kaplan (op. cit., 1974) ha individuato tre gradi di severità :

- **lieve**: eiaculazione entro 1-2 minuti (o 10 spinte)
- **media**: eiaculazione entro 15-30 secondi (o 8 spinte)
- **grave**: eiaculazione prima della penetrazione (ante-portam) o entro 15 secondi.

Secondo Waldinger e coll. (2005)¹² che hanno condotto uno studio basato sull'analisi dello IELT in una popolazione multinazionale di circa 400 uomini tramite la tecnica dello *stop-watch*, i soggetti con EP “certa” sarebbero quelli con IELT inferiore al minuto, mentre quelli con un IELT compreso tra 1 ed 1,5 minuti andrebbero classificati come “probabilmente” affetti da EP.

Ampliando i ristretti criteri classificativi per la diagnosi dell'EP adottati dall'ISSM (che escludono dalla diagnosi una parte della popolazione che pur eiaculando in tempi superiori ai due minuti o presentando il disturbo sporadicamente ne risente meno da un punto di vista psicologico) Waldinger¹³ nel 2006 ha proposto due ulteriori sottotipi di EP: l'EP naturalmente variabile e la disfunzione eiaculatoria simil precoce.

Con **eiaculazione precoce naturalmente variabile** viene identificata un'EP che insorge sporadicamente, con un soggettivo senso di incapacità di controllo sulla stessa; non è tuttavia considerabile una vera e propria disfunzione sessuale, ma una normale oscillazione della performance sessuale.

La **disfunzione eiaculatoria simil precoce** invece viene definita da Waldinger in maniera più dettagliata, identificandola sulla base della presenza di 5 fattori :

1. Percezione soggettiva di rapida eiaculazione durante il rapporto;
2. Preoccupazione per l'EP e per la mancanza di controllo sull'eiaculazione;
3. IELT nella norma o sotto la norma;
4. Capacità di controllo dell'eiaculazione diminuita o assente;
5. Preoccupazione non attribuibile ad altro disordine mentale.

5. Epidemiologia

Come per altri ambiti riguardanti la sfera sessuale, anche per l'EP non è facile ottenere dati fedeli alla realtà in parte per la mancata richiesta di aiuto medico da parte dei pazienti, vuoi per reticenza dei pazienti a parlare di alcune problematiche con il proprio medico, vuoi per la convinzione che non esista alcun tipo di terapia (nello studio PEPA¹⁴ Premature Ejaculation Prevalence and Attitudes di Porst et al.,2006, solo il 9% dei pazienti affetti da EP ha riferito di essersi rivolto al medico) ed in parte, e questo vale specialmente per l'EP, per una difficoltà clinica nel definire i limiti tra normale e patologico.

5.1 Prevalenza

La distribuzione dell'EP a livello geografico appare omogenea anche se in alcuni paesi sembra più elevata rispetto ad altri. Negli Stati Uniti è stata stimata una prevalenza intorno al 24%, in Europa invece è presente un ampio range di 3,7-66%; in Estremo Oriente la stima è del 29,1% e nei paesi medio orientali e africani invece è del 17,3% (Jannini, Lenzi, 2005; Laumann et. al., 1999; Papaharitou, 2005).

Il succitato studio PEPA (2006) su prevalenza e caratteristiche dell'EP è stato condotto su 12.133 uomini, di età compresa tra i 18 e i 70 anni, provenienti da USA, Germania ed Italia. A ciascun soggetto, tramite autovalutazione, è stato chiesto di definire la propria capacità di controllo sull'eiaculazione. I pazienti che hanno dichiarato un controllo eiaculatorio scarso o assente, con conseguente disagio per se, per il partner o per entrambi, sono stati inseriti nel gruppo "EP".

La prevalenza dell'EP ottenuta dall'analisi dei dati di tutto il campione (**Fig 1**) è risultata essere del 22,7%, così suddivisa: 24% negli USA, 20,3% in Germania e 20% in Italia senza variazioni significative negli uomini sopra i 24 anni.

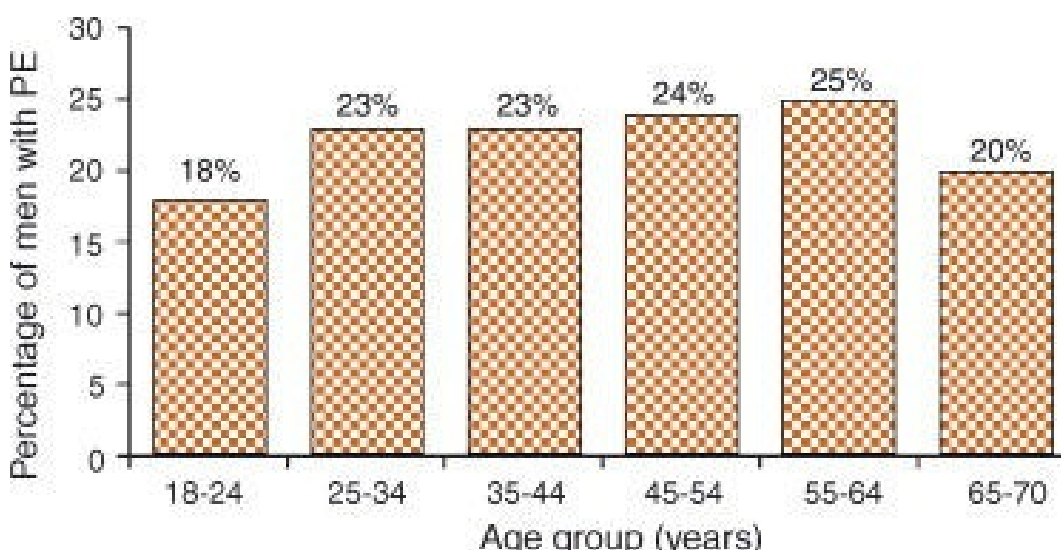


Figura 1: Studio PEPA: Prevalenza dell'EP, suddivisione in funzione dei range d'età, riferiti a

tutto il campione dello studio (H.Porst et al. 2006).

Gli uomini del gruppo EP, rispetto a quelli non EP hanno riferito con più frequenza altri disturbi della sfera sessuale (e.g.: anorgasmia, bassa libido, disfunzione erettile) e psicologica (e.g.: depressione, ansia, stress). Ed ancora, oltre a risultare più consapevoli del proprio disturbo (>70%), la metà di loro ha riferito di aver assunto posizioni particolari durante i rapporti e di aver fatto ricorso a pratiche (quali interruzione della stimolazione, masturbazione o incremento della frequenza dei rapporti) nel tentativo di ridurre il disturbo.

Infine, se solo il 9% dei soggetti con EP ha riferito di essersi rivolto al medico per una terapia mirata, il 91,5% di questi ha riferito solo leggero, se non nessun miglioramento a seguito di terapia.

Un'indagine svolta dalla DoxaPharma¹⁵ su iniziativa della Società Italiana di Urologia (SIU) e dell'Associazione Ginecologi Ospedalieri Italiani (Aogoi), che ha coinvolto un campione di 3 mila uomini e donne, aventi un'età compresa tra i 18 e i 55 anni, rivela che gli italiani consumano 108 rapporti all'anno (contro una media mondiale ferma a 103), pari a 9 amplessi al mese, quindi circa uno ogni 3 giorni. Calabria, Basilicata, Campania e Sicilia sono le regioni più attive sessualmente, (tre rapporti a settimana nel 60% dei casi).

Tuttavia, il primato tricolore individuato dalla DoxaPharma nasconde un amaro retroscena, che non risparmia nemmeno il Sud: per una coppia su quattro il rapporto sessuale non dura più di due minuti e ben sette intervistati su dieci ammettono di

sentirsi piuttosto insoddisfatti della propria intimità con il partner. Con simili premesse, il rischio infedeltà e rottura appare piuttosto elevato, arrivando a coinvolgere ben 800mila coppie. Non a caso la metà delle donne confessa di pensare ad un altro uomo durante il rapporto ed una su cinque di essere passata, dopo un anno, dalla semplice fantasia al tradimento effettivo o addirittura alla rottura, proprio a causa della frustrazione sessuale.

6. Eziologia

Anche se ad oggi l'eziologia dell'EP non è ben conosciuta, si può asserire che essa è multifattoriale, comprendendo alterazioni neurogene e psicogene¹⁶. Inoltre, si possono individuare differenti eziopatogenesi a seconda che ci si riferisca ad EP primitiva o secondaria.

L'EP secondaria può essere conseguente a prostatite (Screpoli et al., 2001), ipertiroidismo (Corona et al., 2004; Carani et al., 2005), diabete (che rende più suscettibili a infezioni, quali le balanopostiti), neuropatie (sclerosi multipla, tumori del midollo, spina bifida)¹⁷, schiacciamento nervoso causato da ernie del disco sui nervi coinvolti nel riflesso eiaculatorio, fenomeni ansiosi di tipo situazionale, dolore o ipersensibilità derivante da alterazioni quali fimosi, frenulo corto e circoncisione incompleta.

Per quanto concerne invece l'eiaculazione primitiva, l'eziopatogenesi viene spiegata diversamente in base a diverse teorie.

6.1 Le Teorie Biologiche

Le teorie Biologiche fanno riferimento ad alterazioni genetiche ed organiche che comportino come evento finale l'instaurarsi dell'EP.

- Ipersensibilità peniena: si pensa che una bassa soglia di eccitabilità delle terminazioni nervose sensitive glandulari possa determinare una precoce attivazione del riflesso eiaculatorio (Salonia et al., 2010)¹⁸ ;da qui l'uso di anestetici topici nel trattamento dell'eiaculazione precoce.
- Aumentata eccitabilità del riflesso bulbo-cavernoso.
- Alterata sensibilità centrale dei recettori della serotonina.
- Retaggi di stampo evolucionistico: l'eiaculazione precoce è largamente presente nel mondo animale dove la riduzione del tempo di latenza eiaculatoria, e quindi la riduzione della tempistica dell'atto copulatorio in sé e per sé, riduce il rischio di aggressione da parte di predatori ed aumenta la probabilità di fecondazione in caso di presenza di numerosi *competitors*.
- Non ultimo, preme citare uno studio recente (Jern et al., 2009)¹⁹ in cui è stata analizzata la componente ereditaria dell'EP, valutata attorno al 30%. Questo ed altri studi, oltre ad aprire la strada verso nuove ipotesi eziopatogenetiche, hanno spinto la ricerca nella direzione della genetica incentivando ad esempio gli studi sui polimorfismi dei recettori e dei trasportatori della serotonina.

6.2 Le Teorie Psicosociali

- Esperienze sessuali infantili traumatiche: rappresentano un fattore di rischio per i disturbi dell'orgasmo (Bravo et al., 2010)²⁰.
- Scorretto approccio adolescenziale alla sessualità: lo studio di Bravo et al. (op. cit., 2010) ha sottolineato come la masturbazione in epoca adolescenziale, quando eccessiva, finalizzata ad un'esigenza biologica e non dettata da una esplorazione mirata ad una auto-conoscenza del proprio corpo, può predisporre il soggetto a disturbi dell'orgasmo.
- Alessitimia: si definisce alessitimia un insieme di disturbi della competenza emotiva ed emozionale. Le caratteristiche dei soggetti alessitimici vengono considerate un possibile fattore di rischio o di mantenimento dell'EP. A favore di questa tesi citiamo uno studio portato avanti da Michetti e coll. (2007)²¹ secondo i quali l'alessitimia sarebbe un disturbo presente con più alta frequenza nei soggetti affetti da EP rispetto alla popolazione.
- Ambivalenza (Freud): secondo la psicoanalisi l'EP è un sintomo nevrotico. Il soggetto che ne è affetto vive un'ambivalenza nei confronti delle donne: da un lato prova sentimenti negativi e punitivi, dall'altro ne ricerca la relazione. In questa immaturità affettiva l'EP avrebbe il duplice scopo di provocare dolore e delusione nella donna e di allontanare il conflitto.

- Cause diadiche: l'EP potrebbe essere sintomo di una crisi di coppia (rifiuto del partner, lotte di potere, traslazioni genitoriali) di cui il paziente può essere più o meno consapevole (Simonelli, 1996).²²
- Cause immediate: scarsa frequenza di rapporti, educazione troppo puritana, difficoltà per eccessiva emotività o inibizione nel rapporto con l'altro sesso, bassa autostima, ansia, cattiva alimentazione ed eccesso di alcool e di sostanze.

Citiamo anche il lavoro di *review* effettuato da Waldinger, psichiatra olandese, nel 2002 sulla letteratura prodotta sull'argomento EP dal 1887 al 2001, *review* che ha messo in evidenza come le conoscenze acquisite sino ad oggi suggeriscano che l'EP sia, più che un disturbo psicologico, un fenomeno neurobiologico.

Secondo Waldinger, l'EP può essere conseguente a una congenita ipersensibilità neurobiologica del controllo centrale e/o periferico dell'apparecchio eiaculatorio (Sindrome di Waldinger: Waldinger, 2002). Per l'Autore la più corretta ipotesi etiopatogenetica è quella psiconeuroendocrina.(vedi **tabella 1**).

CAUSE PSICOSOCIALI DI EJACULATIO PRAECOX
• COLPA (considerare peccaminoso l'atto sessuale, il sesso prematrimoniale o extraconiugale)
• PAURA (della gravidanza, delle MST, di essere scoperti, dell'emozione coitale, claustrofobia "vaginale", dell'aggressività femminile)
• ANSIA (per la performance, per le proprie dimensioni, di castrazione, per altri aspetti esistenziali)
• TIMORE (di perdere l'erezione).
CAUSE NEURO-UROLOGICHE DI EJACULATIO PRAECOX
• Iperattività serotoninergica ereditaria (S. Di Waldinger)

● Ipersensibilità del glande
● Sclerosi multipla
● Flogosi periferica
CAUSE NEURO-ENDOCRINOLOGICHE DI EJACULATIO PRAECOX
● Ipertiroidismo.

Tabella1 Cause dell'EP secondo l'ipotesi psiconeuroendocrina di.(Waldinger, (2002)

7. Fattori di rischio

Il GSSAB (Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors, Laumann et al., 2005)²³, sondaggio internazionale che ha indagato vari aspetti della sessualità di uomini e donne dai 40 agli 80 anni, ha riscontrato correlazioni (non sempre significative su tutte le aree geografiche campionate) tra disoccupazione ed EP e tra grado d'istruzione ed EP.

Perdere il lavoro oggi è un'esperienza sempre più comune, un trauma economico e psicologico che ha parecchi effetti sulla salute fisica e mentale. Dal punto di vista organico, lo stress cronico determina problemi a vari livelli: cardiologico, polmonare, gastrointestinale, endocrino, dermatologico ed anche uro-genitale come l'EP nell'ansia e la diminuzione del desiderio nella depressione. Dal punto di vista psichico, i sintomi dello stress sono ansia e depressione. (<http://www.anagen.net/stress.htm>)²⁴.

Al fine di indagare, invece, il rapporto tra pornografia ed EP è stato condotto un interessante studio da Foresta presso l'Università di Padova (2012)²⁵ che ha coinvolto

500 giovani ventenni.

Il 50% dei ragazzi intervistati ha dichiarato di far ricorso alla pornografia on-line per 45-60 minuti, almeno 2 volte a settimane, con un utilizzo spinto della masturbazione.

Secondo questo Autore, docente di Andrologia all'Università di Padova e Presidente della Società di Andrologia e Medicina della Sessualità, quest'abitudine determinerebbe a lungo termine un cambiamento del comportamento sessuale stesso con una riduzione dell'interesse verso il reale: circa il 12% dei ragazzi ha infatti dichiarato di non ricercare rapporti interpersonali diretti ma di essere soddisfatto dalla sola masturbazione.

A quest'ultima, però, fa notare l'Autore, si associa una tendenza all'EP che si manifesterebbe seguendo i tempi dei filmati stessi (che in genere sono dell'ordine di pochi minuti).

Esisterebbe dunque un'associazione tra stili di vita, livello di educazione sessuale e la possibile insorgenza dell'EP; ulteriori ricerche sono tuttavia necessarie per approfondire l'influenza che questi fattori hanno sull'insorgenza e sul mantenimento di tale patologia.

PARTE II DIAGNOSI DELL'EIACULAZIONE PRECOCE

1 Introduzione

L'aspetto diagnostico dell'EP è estremamente complesso, sia per quel che riguarda la riluttanza e la riservatezza del paziente e della coppia nell'espone le proprie difficoltà, che per quell'aspetto di soggettività che riguarda l'esperienza di precocità. La latitanza diagnostica ha come effetto collaterale immediato la cronicizzazione della disfunzione e l'EP, se non trattata, diventa gradualmente la protagonista della vita del paziente e della sua compagna ed influisce sulla qualità della loro vita.

Le recenti campagne pubblicitarie sull'EP hanno proprio l'obiettivo di sensibilizzare maggiormente le persone che vivono un profondo disagio a vincere timore e imbarazzo, a non sentirsi soli ed a farsi aiutare da un esperto. Molti uomini, sollecitati da queste campagne, decidono di rivolgersi agli specialisti, anche se solitamente questa consapevolezza avviene dopo diversi anni dall'inizio del disturbo.

Quando, finalmente, avviene questo incontro medico-paziente, entrambi devono essere in grado di coniugare il linguaggio con la sessualità, rimuovere cioè gli ostacoli emozionali che impediscono di parlare di sessualità.

Superato questo scoglio, il primo fondamentale strumento per effettuare diagnosi di EP è *l'anamnesi*. Una raccolta anamnesticamente accurata permette non solo di individuare il disturbo, ma di classificarlo correttamente. Va quindi indagata l'epoca di comparsa

del disturbo, la durata dello IELT, come il disturbo influenza la vita sessuale del paziente e, più in generale, la sua qualità di vita (QoL).

Di seguito verranno esplicitate tre differenti tipi di diagnosi: medica, psicologica e gruppoanalitica.

1.1 Diagnosi medica

La diagnosi medica si basa su tre giudizi:

- il giudizio di tipo anatomico patologico che consente di poter verificare qual è l'organo, il tessuto malato;
- il giudizio eziologico che consente di poter capire qual'è la causa o le concause che hanno procurato quella determinata patologia;
- il giudizio di tipo funzionale che consente di poter capire che una parte è malata, però quanto riesce al di là della patologia a funzionare nell'organizzazione?

Il medico nel momento in cui incastra questi tre tipi di giudizi, individua la “*parte malata*”, ciò che a lui interessa.

1.1.1 Esame obiettivo

L'esame obiettivo nel paziente con sospetto di EP è volto alla ricerca di condizioni cliniche che possano essere associate, quali endocrinopatie (in particolare tireopatie e diabete), neuropatie periferiche, patologie vascolari, deficit erettile, uretriti, prostatiti, balanopostiti, etc..

Occorre visitare il paziente, con particolare riferimento all'area genitale e sottoporlo ad una esplorazione rettale per rilevare le condizioni della ghiandola prostatica.

In questa fase è possibile procedere anche alla valutazione del riflesso bulbocavernoso spremendo con pollice, indice e medio il glande e valutando la presenza o meno di contrazione dello sfintere anale. Inoltre per valutare eventuali alterazioni sul controllo della muscolatura perineale, è necessario chiedere al soggetto di contrarre lo sfintere anale: l'eventuale utilizzo da parte dello stesso dei muscoli addominali indicherà uno scarso controllo sulla muscolatura perineale.

1.1.2 Esami di Laboratorio

Esistono infine degli accertamenti (indagini da laboratorio ed esami strumentali), per capire la prevalente componente organica del problema eiaculatorio.

Per completezza indicheremo gli esami di laboratorio che possono indirizzare sull'etiologia dell'EP:

- Glicemia, emoglobina glicosilata→ per escludere un diabete misconosciuto.
- TSH→ In diversi studi è stata confermata l'associazione tra ipertiroidismo ed EP

^{31,32,33}, evidenziando come l'ipertiroidismo alteri sia la fase emissiva che quella espulsiva dell'eiaculazione. Circa il 50%-70% dei pazienti con ipertiroidismo soffre di EP: una normalizzazione degli ormoni tiroidei determina un aumento significativo dello IELT (da $75,8 \pm 99,3$ sec a $123,2 \pm 96,4$ sec) ^{34,35}.

- Spermicoltura e conta dei Leucociti → per valutare eventuali prostatiti o infezioni delle vescichette seminali. E' nota la correlazione tra prostatite cronica ed EP ^{36,37,38,39,40,41,42}: pazienti con EP acquisita e prostatite batterica cronica presentano un allungamento dello IELT dopo terapia antibiotica ^{43,44}.

- Testosterone → per valutare eventuale calo della libido.

- PRL → Valori alterati di Prolattina possono essere la spia di alterazioni dell'eiaculazione. Il rapporto tra il controllo dell'eiaculazione e l'iperprolattinemia è noto da qualche anno (El Sakka et al., 2005)⁴⁵. Più recente e però l'acquisizione fatta dal Gruppo di Ricerca di Corona (2008) secondo cui esisterebbe un'associazione tra EP e bassi livelli di Prolattina; nel dettaglio, bassi livelli sierici di Prolattina sarebbero lo specchio di bassi livelli di serotonina nel SNC, causa diretta dell'EP.

- Leptina → Così come la PRL anche la Leptina sembrerebbe essere una spia di riduzione centrale della serotonina. Vari studi caso-controllo hanno infatti dimostrato la presenza di elevati livelli di Leptina sierica in pazienti con EP ^{46,47}, livelli che si normalizzerebbero dopo 8 settimane di trattamento con Citalopram ⁴⁸.

1.1.3 Esami strumentali

1.1.3.1 Indagini Neuroandrogiche

- Il Test di Fallo-Vibrazione serve a valutare la soglia percettiva glandulare peniena e lo IELT. Per eseguire il test il paziente viene trattato con farmaci vasoattivi per os o per iniezione endocavernosa al fine di indurre l'erezione. Una volta ottenuta l'erezione, si appoggia al pene uno strumento con piattaforma vibrante; si procederà quindi misurando il numero di vibrazioni necessarie ad indurre l'eiaculazione. Il test può anche essere eseguito dopo l'applicazione di creme desensibilizzanti.
- Lo Studio dei Potenziali Evocati Sacrali (PES) e dei Potenziali Evocati Corticali (PEC) permette di valutare, mediante elettrodi riceventi, la conduzione e la velocità degli impulsi nervosi indotti da leggere stimolazioni elettriche prodotti da elettrodi stimolanti. E' così possibile evidenziare eventuali neuropatie periferiche.
- La Biotensiometria permette di ottenere informazioni sulla sensibilità pallestesica del pene.

2 Diagnosi psicologica

La diagnosi psicologica è un processo di raccolta di informazioni sul sistema di personalità di un individuo. L'obiettivo è una comprensione il più possibile accurata di quel sistema ai fini di un intervento o della formulazione di una prognosi.

Le aree da esplorare sono:

-I problemi emotivi del paziente e del suo contesto di riferimento: qual è il motivo della consultazione? L'ambiente in cui vive? Quale fase del ciclo vitale sta attraversando? ecc;

-Modalità con cui il paziente fronteggia simili problemi emotivi (tipo di difese utilizzate) e risorse per affrontarli:

-Sintomatologia presentata;

-Principali resistenze all'incontro clinico e capacità del paziente di collaborare (motivazione);

-Atteggiamento e fantasie relativi allo psicologo ed all'incontro clinico.

La diagnosi psicologica è l'organizzazione critica dei dati che osserviamo al fine di poter prendere una decisione.

Il paziente con EP, deve essere accolto dallo psicoterapeuta per la sua condivisione dei disagi emotivi e psicologici collegati a quella condizione.

Compito dello psicologo è trovare la "*parte sana*" del paziente perché è a partire da essa che si ha l'accesso per potere intraprendere una eventuale terapia.

2.1 Psicodiagnosi in un setting gruppoanalitico

Facciamo riferimento anche a questo tipo di diagnosi perché nel nostro studio

abbiamo utilizzato come strumento mentale per il trattamento dell'EP la *psicoterapia gruppoanalitica*.

A tal proposito, Foulkes²⁶ distingueva, in base a precise diagnosi psichiatriche, nette controindicazioni alla gruppoanalisi da indicazioni più o meno favorevoli.

Controindicazioni: paranoia e gravi disturbi paranoidi, depressioni.

Indicazioni meno favorevoli: ossessioni, isterie, epilessie, tossicomanie, stati ipocondriaci gravi, perversioni e *disturbi sessuali* (ad esempio impotenza, vaginismo, frigidità).

Indicazioni molto favorevoli: disturbi caratteriali, difficoltà sociali, incapacità ad avere successo nella vita, inibizioni in genere, stati d'ansia, fobie, stati di depersonalizzazione e alcune forme di schizofrenia, disturbi psicosomatici.

La formazione di un gruppo terapeutico implica un'attenta lettura delle indicazioni e controindicazioni alla gruppoanalisi attraverso un'approfondita conoscenza del paziente prima di un suo eventuale inserimento in gruppo.

Questa metodologia diagnostica prevede l'esplorazione delle seguenti aree della storia del paziente:

1. La storia della sua famiglia, delle famiglie nelle generazioni precedenti e delle sue relazioni con il mondo familiare transgenerazionale: il *romanzo familiare* (il plexus secondo Foulkes);
2. La storia dei suoi rapporti sociali dall'infanzia sino al presente; ciò consente di delineare le modalità relazionali del paziente-persona con il mondo sociale, cioè la sua *personalità*;

3. L'organizzazione sintomatologica del paziente come diagnosticabile secondo il DSM IV, soprattutto in riferimento agli Assi I e II;
4. La capacità mitopoietica (sogni ricorrenti, sogni durante i colloqui), vale a dire la possibilità o meno di personare il conflitto, di trasformarlo miticamente, di dargli un significato.

2.2 Questionari diagnostico-classificativi per EP

Per agevolare la diagnosi di EP, e soprattutto la classificazione, sono stati messi a punto vari questionari: alcuni discriminano tra soggetti con EP e soggetti non EP, mentre altri vanno somministrati a pazienti già diagnosticati come affetti da EP, al fine di valutare il grado dell'EP stessa.

Al momento solo due test sono stati validati per la diagnosi dell' EP: il PEDT e l'AIPE.

PEDT (Premature Ejaculation Diagnostic Tool): è un questionario articolato in 5 domande, le prime tre riguardano l'eiaculazione mentre le altre due indagano l'influenza del disturbo sulla QoL del paziente.

Attualmente tuttavia non ne esiste una versione validata in lingua italiana. In appendice si riporta la versione lingua Inglese (**allegato 1**).

AIPE (Arabic Index Premature Ejaculation): è un eccellente test diagnostico con una sensibilità del 98% e una specificità del 80%. Tramite 7 domande (appendice:

allegato 2) consente non solo di diagnosticare l'EP ma di classificarla da assente a severa. Come riportato da Arafa et al. (2007)²⁷ il suo impiego potrebbe permettere di ridurre in numero di EP che sfuggono alla diagnosi.

I questionari che permettono di valutare il grado del disturbo e il suo impatto sulla QoL sono :

Il MSHQ (Male Sex Health Questionnaire)²⁸: disponibile dal 2005 in versione Italiana validata, questo test ha dimostrato di essere molto affidabile. E' costituito da numerose domande che indagano diverse aree della sessualità; la parte che interessa nello specifico il disturbo eiaculatorio e la MSHQ- EjD che pone domande volte alla valutazione del vigore, della soddisfazione dell'eiaculazione e del volume dell'eiaculato.

ASEX (Arizona Sexual Experience Scale)²⁹: è un test somministrato prevalentemente a pazienti psichiatrici o a persone di entrambi i sessi con problemi di salute, che valuta le alterazioni e le modifiche delle funzioni sessuali in relazione all'assunzione di medicine o di sostanze psicotrope. Si articola in 5 parti che indagano le pulsioni sessuali, l'eccitazione, l'erezione nell'uomo, la lubrificazione dall'orgasmo. La somministrazione del test può essere effettuata dal clinico, ma il test è utilizzabile anche con modalità di autosomministrazione.

PEQUEST (Premature Ejaculation Questionnaire)³⁰: è un questionario che valuta l'eiaculazione precoce tramite 36 domande che indagano vari aspetti del comportamento orgasmico ed eiaculatorio (durata, intensità, frequenza, fattori

situazionali, reazioni psicologiche, tecniche utilizzate per superare il disturbo, etc).

2.3 Questionario diagnostico per l'ansia

STAI-Y (State-Trait Anxiety Inventory Forma Y) è un questionario di personalità utilizzato sia per rilevare e misurare l'ansia di stato e di tratto, sia per verificare i benefici della psicoterapia. Esso è composto da due scale (STATO A e TRATTO A), ciascuna articolata in 20 domande. La prima STAI STATO A valuta lo stato d'ansia come stato transitorio emozionale cui è associato l'attivazione del sistema nervoso autonomo; la seconda STAI TRATTO A valuta il tratto d'ansia intesa come tratto stabile di personalità. I punteggi sono compresi tra 20 e 80 con un valore soglia predittivo di sintomatologia ansiosa posto intorno a 40 laddove, secondo un criterio scalare, è possibile definire il livello di gravità da 40 a 50 come forma lieve, da 50 a 60 come forma moderata e i punteggi superiori a 60 indicano ansia grave.

3. Quanto gioca la psiche sull'EP?

La componente psicologica gioca un ruolo fondamentale nell'EP. Spesso si tratta di uomini con personalità ansiosa e insicura, che manifestano sentimenti di inferiorità soprattutto dal punto di vista sessuale, e di uomini vulnerabili alle critiche, soprattutto se derivanti dai partner. Di frequente durante l'atto sessuale c'è una tendenza ad "osservarsi", un comportamento che i sessuologi definiscono "*spectatoring*", e che si

verifica quando la persona, invece di rilassarsi e lasciarsi andare alle sue sensazioni piacevoli, si concentra solo sul suo organo sessuale e sulle sue reazioni.

Nelle forme psicologiche non è rara l'associazione dell'EP con l'ansia da prestazione, uno stato ansioso legato al desiderio di ben figurare ovvero al timore di essere sessualmente inadeguati.

I pazienti con EP dichiarano un controllo scarso o assente, con conseguente disagio per sé e per il partner. Il problema è riprendere il "controllo" su una situazione che sfugge da tutte le parti. Spesso questi i pazienti riferiscono anche disturbi della sfera sessuale (bassa libido, disfunzione erettile, anorgasmia) e psicologica (ansia, depressione, stress) e sono costretti a rigidità muscolari, pensieri ossessivi, e altre metodologie nel tentativo di allontanare la tensione ansiogena e ritardare l'eiaculazione.

L'EP coniugale può essere la risposta a rapporti sessuali noiosi e routinari e nelle coppie, a volte, può anche derivare da una reazione importante a problemi sessuali della donna, come la scarsa lubrificazione vaginale, il vaginismo e la dispareunia (dolore durante il rapporto sessuale). In queste ultime situazioni le problematiche femminili possono far sentire l'uomo frustrato e a disagio, contribuendo a produrre un rapporto affrettato e non controllato.

Questa disfunzione sessuale di per sé non fa aumentare il rischio di soffrire di disturbi gravi, ma può causare problemi seri nella vita personale tra i quali tensioni relazionali e problemi di fertilità. In quest'ultimo caso può rendere difficile o impossibile la

fecondazione per le coppie che stanno cercando di concepire un figlio.

3.1 Capire la sessualità maschile

Un tempo si credeva che un uomo eiaculasse tanto più velocemente quanto più era “maschio”. Ma nel sesso e nella sessualità c'è molto più del pene e dell'orgasmo. La sessualità include sperimentare e condividere con l'altro l'affetto, il piacere, il gioco, l'intimità, l'erotismo, la tenerezza e la passione per la vita, oltre all'orgasmo. Tutte cose che si perdono di vista quando c'è il problema dell'EP.

Il grande vantaggio della sessualità maschile risiede nel fatto che i giovani uomini sperimentano desiderio, eccitazione ed orgasmo in modo facile e prevedibile.

Gli adolescenti maschi sono incoraggiati a valorizzare la propria sessualità come una parte essenziale della loro mascolinità e sono abituati a considerarla totalmente automatica e autonoma, come se non fosse necessario alcun contributo attivo da parte della donna per raggiungere il desiderio, l'eccitazione e l'orgasmo.

Questa visione della sessualità diventa problematica quando il ragazzo cresce e sviluppa relazioni profonde. Una sessualità completa, infatti, è intima e interattiva e non autonoma. Imparare il controllo eiaculatorio, quindi, è un processo interpersonale e non individuale.

3.2 Che cosa è necessario imparare sull'EP e sul controllo eiaculatorio?

In primo luogo, dato che l'EP riguarda la coppia e non solo l'uomo, la donna gioca un ruolo fondamentale nel controllo eiaculatorio maschile.

In secondo luogo, raggiungere il controllo eiaculatorio vuol dire sviluppare una sessualità di coppia appagante, che includa rapporti piacevoli per entrambi. Acquisire il controllo eiaculatorio non deve togliere o diminuire il piacere, ma, al contrario, deve accrescerlo e migliorare la soddisfazione relazionale.

Per imparare a gestire il momento dell'eiaculazione occorre conseguire alcuni obiettivi: rilassamento fisico, identificare il punto di inevitabile eiaculazione, cooperazione per l'intimità, aumentare il piacere e distogliere l'attenzione dalla prestazione.

Rilassamento fisico

Il primo obiettivo consiste nell'imparare a rilassare il corpo durante l'eccitamento sessuale, perché il rilassamento fisiologico è alla base di un buon funzionamento sessuale.

Identificare il punto di inevitabile eiaculazione

Il secondo obiettivo consiste nell'imparare ad identificare il punto di inevitabile eiaculazione, quel punto oltre il quale l'orgasmo non è più controllabile. Questo punto costituisce l'inizio della vera e propria risposta organismica, che dura dai tre a i dieci secondi.

Cooperazione per l'intimità

Il terzo obiettivo è quello di aumentare la vicinanza, il piacere con il corteggiamento e con la tenerezza al fine del cambiamento.

Aumentare il piacere e l'erotismo

Il quinto obiettivo è imparare ad abbandonarsi al piacere, anziché cercare di ridurlo. Le tecniche di controllo eiaculatorio "fai da te" cercano di ottenere la riduzione dell'eccitamento (ad es. indossando due profilattici o usando creme desensibilizzanti), e la distrazione dalle sensazioni piacevoli (ad esempio concentrando il piacere su contenuti anti-erotici, come i propri debiti, la perdita del lavoro o le faccende domestiche). Questi metodi riducono l'eccitamento, ma non migliorano il controllo eiaculatorio, perché allontanano la mente (la risorsa più

importante per il controllo) dalle sensazioni e dal corpo; inoltre rischiano di provocare un problema sessuale ben più grave: la disfunzione erettile (DE).

Distogliere l'attenzione dalla prestazione

Non vogliamo prendere in considerazione un modello immaginario sessuale perfetto, ma desideriamo analizzare cosa succede veramente in un rapporto sessuale reale, che non sarà mai simile a quello rappresentato nei film o nei romanzi d'amore dove il sesso è sempre perfetto, il rapporto è privo di comunicazione e molto intenso ed entrambi i partner sono molto eccitati ed hanno orgasmi veloci.

Per natura la sessualità di coppia è variabile. Se l'unico scopo del sesso fosse l'orgasmo, gli uomini e le donne si masturberebbero e non si impegnerebbero in una relazione o in un rapporto sessuale. La masturbazione è più facile, più prevedibile e più controllabile rispetto alla sessualità di coppia; tuttavia, la grande maggioranza degli uomini e delle donne preferisce il sesso di coppia alla masturbazione.

PARTE III

TRATTAMENTO DELL'EIACULAZIONE PRECOCE

1 Trattamento farmacologico

L'American Urological Association (AUA)⁹¹ nel 2004 ha pubblicato le linee guida sul trattamento farmacologico dell'EP in cui si raccomandava l'uso di antidepressivi serotoninergici (quali paroxetina, sertralina, clomipramina e fluoxetina), e creme ad uso topico a base di lidocaina e prilocaina.

Nessuno di questi trattamenti presentava l'indicazione specifiche per l'EP: fino al 2010, infatti, la FDA (Food and Drug Administration) non aveva approvato alcun farmaco specifico per l'EP⁹². In questo decennio dunque si è proceduto alla terapia dell'EP tramite prescrizioni di farmaci Off-label sviluppati attorno ai meccanismi patogenetici più accreditati: per l'ipersensibilità peniena sono stati utilizzati gli anestetici ad azione locale, mentre per l'alterazione del riflesso eiaculatorio sono state sviluppate le terapie sistemiche agenti sui neuroni serotoninergici.

1.2 La Dapoxetina

Come trattamento medico per i pazienti EP, del nostro studio, abbiamo scelto di utilizzare la *dapoxetina* perché è il primo SSRI indicato per il trattamento specifico dell'EP. Differisce dagli altri SSRI per un più alto potere di inibizione nei confronti del trasportatore per il reuptake della serotonina, per farmacocinetica che risulta essere short acting, mentre gli altri farmaci della stessa classe attualmente presenti in commercio sono tutti long acting. Questo, come già detto, ne consente un utilizzo on-demand per l'indicazione specifica nel trattamento dell'EP mentre gli altri SSRI sono utilizzati con prescrizioni Off-label. Il farmaco è disponibile in commercio sottoforma di compresse rivestite, da 30 e da 60 mg, con un prezzo al pubblico piuttosto sostenuto (distribuito con il nome di Priligy dalla Johnson & Johnson, unica azienda farmaceutica attualmente sul mercato con questa molecola). Il nome chimico della molecola è (+) - (S) - (N), N -dimethyl- (a) - 2 [2 - (1-naphthalenyloxy) ethyl] benzenemethanamine hydrochloride; ha un peso molecolare di 341.88 e un pKa di 8,6 carico ad un ph di 5,87. Come accennato, il profilo farmacocinetico della Dapoxetina è molto rapido, con il raggiungimento del picco plasmatico rispettivamente in 1.01 ore per il dosaggio da 30 mg, e in 1.27 ore in quello da 60 mg. Ha una bio disponibilità del 42%.

Anche l'eliminazione risulta rapida: l'emivita si attesta tra 1.3 ore per il 30 mg e 1.4 ore per il 60 mg senza aumento della stessa in caso di dosaggi ripetuti⁹³. In questo differisce totalmente dagli SSRI classici (long-acting) che presentano un emivita che va dalla 21 ore ai 4 giorni, che può ulteriormente aumentare a seguito di dosaggi multipli.

La Dapoxetina viene metabolizzata dal citocromo p450, in particolare dagli isoenzimi CYP3A4 e CYP2D6. Pur non avendo effetti di induzione o di inibizione sul citocromo p450, è bene prendere in considerazione una potenziale interazione tra la Dapoxetina ed altri farmaci che presentino la medesima via di metabolismo.

Per più del 99% risulta legata alle proteine plasmatiche ed escreta per via renale. Negli esperimenti effettuati su ratti e scimmie per testarne la tossicità a concentrazioni crescenti non ha presentato alcuna tossicità sino al dosaggio di 200mg/Kg/day, dose per la quale si è verificato un incremento epatico del citocromo p450, seguito dalla morte dell'animale. Di contro, studi effettuati in vitro su epatociti umani non hanno mostrato alcuna induzione sugli enzimi CYP p450⁹⁴.

La farmacocinetica della Dapoxetina non viene alterata ne dalla contemporanea assunzione di inibitori della PDE5 ne dall'etanolo ⁹⁵.

Diversi trials sono stati effettuati per testare sia l'efficacia che gli eventuali effetti collaterali del farmaco: l'incremento dello IELT è risultato presente, consistente e riproducibile in tutti i trials, ed i report effettuati dai pazienti hanno mostrato un notevole miglioramento non solo sul controllo dell'eiaculazione ma anche sulla riduzione del senso di frustrazione ed inadeguatezza personale ed interpersonale.

Nei medesimi trials si è dimostrata una buona tollerabilità della Dapoxetina, con effetti collaterali che si sono rivelati lievi e autolimitantesi, i più comuni dei quali sono apparsi essere nausea, cefalea, giramenti di testa e diarrea. L'unico effetto collaterale dimostratosi serio è stato la sincope dovuta a risposta vaso-vagale,

generalmente successiva alla prima assunzione del farmaco. Tuttavia si è riscontrato che un'appropriate informazione ai pazienti permette loro di riconoscere e gestire i sintomi prodromici, associato all'indicazione dell'assunzione del farmaco con abbondante acqua, ha permesso di evitare la sincope nella maggior parte dei partecipanti ai trials.

L'assunzione del farmaco in questione è controindicata nei bambini, negli adolescenti e negli over 65enni, nei soggetti con severa insufficienza renale e/o epatica, nei soggetti intolleranti al galattosio, nei soggetti in trattamento con inibitori delle CYP2D6 o con scarsa attività della stessa, nei soggetti con patologie cardiovascolari severe, nei soggetti in trattamento con IMAO (Inibitori delle

MonoAminoOssidasi) e simili, nei soggetti in trattamento con SSRI, SNRI, TCA ed altre sostanze attive sul sistema serotoninergico, nonché nei soggetti in trattamento con inibitori del CYP3A4.

Nei casi sopraccitati di controindicazione per concomitante terapia, l'assunzione della Dapoxetina è possibile dopo 14 giorni dalla sospensione della precedente terapia che non potrà a sua volta essere ripresa prima di 7 giorni dall'assunzione della Dapoxetina stessa.

Anche l'associazione tra alcool e Dapoxetina può determinare un aumento degli effetti dell'alcool stesso: ne va quindi evitata l'assunzione in contemporanea.

Visto che l'utilizzo della Dapoxetina può determinare comparsa di effetti collaterali (sincope, nausea, capogiri) il suo impiego è controindicato in pazienti che soffrono di

ipotensione ortostatica, inoltre il farmaco può, come tutti gli SSRI, favorire sanguinamenti, richiedendo per questo motivo particolare attenzione nel paziente che assume terapia antiaggregante, anticoagulante o con storia di disturbi della coagulazione.

- PDE-5 inhibitors: l'utilizzo degli inibitori della fosfodiesterasi5 nasce dalla frequente concomitanza del deficit erettile (DE) con l'EP.

Indipendentemente da quale sia il disturbo primitivo o secondario tra i due, si instaura un circolo vizioso che comporta il consolidarsi di entrambi i disturbi.

Diversi studi comparativi ^{96,97}, tra squeeze technique, SSRI e PDE5-in. hanno evidenziato un potenziamento del prolungamento dello IELT nell'associazione di SSRI e PDE5 in confronto alla sola somministrazione di paroxetina. Sfortunatamente, l'associazione dei due farmaci è gravata da una maggior incidenza di effetti collaterali nella terapia combinata rispetto alla monoterapia.

2 Trattamento psicologico: la psicoterapia gruppoanalitica (o terapia psicoanalitica mediante il gruppo). Cenni sulla gruppoanalisi

Come trattamento psicologico per i pazienti EP abbiamo scelto di utilizzare la “*psicoterapia gruppoanalitica*” perché il “*gruppo*” con i suoi strumenti sono alla base del successo terapeutico del sintomo sessuologico e della miglioria della qualità della vita dei soggetti.

La *gruppoanalisi*⁹⁸ è un metodo di psicoterapia iniziato da Foulkes sin dal 1940 nella

pratica psichiatrica privata e nelle cliniche per pazienti esterni; è un tentativo di estendere la psicoanalisi anche se il suo Autore propone un altro setting, un'altra teoria ed un altro modello concettuale.

Per la gruppoanalisi l'incontro tra i soggetti è un incontro creativo, cioè due o più persone che si incontrano hanno infinite possibilità di interagire su più versanti. Il suo fondamento è il riconoscimento della natura profondamente sociale della personalità umana. L'individuo non risulta separato dal contesto sociale che lo definisce, esso è permeato dal sociale ed ha natura profondamente sociale. Individuo e società vengono considerati come intrinsecabilmente correlati.

Foulkes si convinse che lavorare con l'individuo in un contesto di gruppo fosse una fonte inesauribile di conoscenza dell'attività della mente umana e che tale lavoro completasse lo studio del singolo paziente nella classica situazione psicoanalitica diadica. Il gruppo diventa così la chiave di lettura per comprendere l'individuo.

Esistono molti differenti modelli terapeutici di intervento nei gruppi, ma la gruppoanalisi non è solo una tecnica di intervento ma è anche una teoria della mente. La mente vista da un gruppoanalista non è quella all'interno di ogni singola testa, ma è quell'intreccio di connessioni che viene a crearsi in un gruppo e che porta ad osservare un pensiero di gruppo, comune a tutti i partecipanti e non attribuibile ad un solo pensatore.

La situazione gruppoanalitica è da Foulkes descritta come un insieme di persone, in genere otto, che periodicamente si incontrano in presenza di un conduttore e che

possono produrre e analizzare i propri sintomi e i propri modi di interagire, allo scopo di giungere ad una risoluzione di conflitti ed a forme di esistenza più adeguate e soddisfacenti. Per fare ciò va rispettato: il numero dei membri, la durata e la frequenza delle sedute, il luogo dove si svolge il trattamento.

Nella *psicoterapia mediante il gruppo* o *Gruppoanalisi* è tutto il gruppo, terapeuta compreso, ad essere parte attiva e destinatario del processo terapeutico.

Foulkes⁹⁹ definì l' *analista* come "*primo paziente del gruppo*" e la *psicoterapia gruppoanalitica*, come "*una forma di psicoterapia praticata dal gruppo nei confronti del gruppo, ivi incluso il suo conduttore*", (Foulkes, 1976). Compito di quest'ultimo è quello di consentire a questo processo di essere attivo, e agevolare lo sviluppo di una cultura interpretativa alla quale i partecipanti aderiscono consciamente, caratterizzata da una discussione liberamente fluttuante (ossia non canalizzata su specifici argomenti, ma resa libera di spaziare tra argomenti non linearmente collegati tra di loro), mettendo a disposizione del gruppo la sua conoscenza e la sua esperienza.

Nella prospettiva gruppoanalitica, il conduttore non ha un ruolo centrale nelle dinamiche gruppali ma è uno "strumento del gruppo". Nella concezione di Foulkes la vera e grande importanza del gruppo risiede nella sua attitudine a diminuire la resistenza del paziente al processo terapeutico.

E' nel momento in cui il paziente si rende conto che il suo non è un problema unico che egli perde il bisogno di mantenere la segretezza e l'isolamento, ed uscire dai vari tabù che si sono andati creando intorno al suo sintomo.

Il gruppo terapeutico rimanda alle situazioni di confronto reciproco con altri individui, come accade continuamente nel nostro quotidiano. Siamo infatti immersi nei gruppi, di diverso genere: il gruppo familiare, il gruppo di amici, il gruppo allargato della nostra società, il gruppo lavorativo, e così via. Confrontarsi all'interno di un gruppo terapeutico, ci permette di valutare e comprendere il nostro modo di rapportarci al mondo e superare le difficoltà legate alle relazioni che instauriamo.

Elementi della terapia di gruppo che contribuiscono al miglioramento del paziente e che sono funzione delle azioni del terapeuta, dei membri del gruppo e del paziente stesso sono i *fattori terapeutici di gruppo*, che ci limitiamo di seguito a trattare.

2.1 Fattori terapeutici di gruppo

Nel 1970 Yalom¹⁰⁰ propone i seguenti fattori terapeutici:

Informazione: si tratta di dati provenienti dalla stessa illustrazione didattica compiuta dal terapeuta circa la psicodinamica della malattia del paziente e da una serie di consigli e suggerimenti, offerti in questo caso anche dagli altri pazienti, atti non solo al riconoscimento della propria sofferenza, ma anche a un suo migliore contenimento.

Infondere speranza: consente al paziente di continuare la terapia di gruppo in vista del conseguimento di risultati terapeutici positivi; l'essere fiduciosi consente di ottenere risultati terapeutici positivi come dimostrano le terapie suggestive e gli effetti placebo.

Universalità: si tratta di un fattore terapeutico decisivo in quanto tende a smentire tutte le sensazioni sgradevoli e pessimistiche di unicità dei problemi dei pazienti e, allo stesso tempo, rende possibile un ridimensionamento della sofferenza e una sua condivisione.

Altruismo: tutte le azioni altruistiche che si verificano nel gruppo consentono un aumento dell'autostima e di reciproco aiuto che risultano essere fattori terapeutici.

Riepilogo collettivo del gruppo primario familiare: consente ai pazienti di rivedere e rielaborare la storia del proprio gruppo originario, la famiglia, e di compiere riflessioni, valutazioni e correzioni mai tentate prima, attraverso il costante confronto che si instaura tra gruppo terapeutico e gruppo familiare.

Sviluppo di tecniche di socializzazione: è possibile nel gruppo, dal momento che i propri modi di essere e i propri automatici comportamenti risultano visibili agli altri, acquisire consapevolezza delle caratteristiche interattive messe in atto inconsapevolmente.

Comportamento imitativo: “i fumatori di pipa generano pazienti fumatori di pipa”, così Yalom stigmatizza questo fattore terapeutico. Nella terapia la possibilità di scoprire ciò che non ci appartiene determina parallelamente la scoperta di ciò che si è.

Apprendimento interpersonale: in gruppo il soggetto prima o poi prende coscienza delle dinamiche relazionali profonde a partire dalla consapevolezza dei propri elementi di disadattamento.

Coesione di gruppo: più si hanno in gruppo rapporti soddisfacenti con gli altri più si ottengono risultati terapeutici soddisfacenti.

Catarsi: corrisponde alla possibilità di imparare a riconoscere ed a esprimere i propri sentimenti, sia quelli giudicati positivamente sia quelle ritenuti negativi.

Nel 1985 Bloch e Crouch¹⁰¹ evidenziano i seguenti *fattori terapeutici*:

Accettazione: in base alla quale il paziente avverte un senso di appartenenza e di apprezzamento proveniente dal gruppo e dal terapeuta. E' visualizzabile in questo modo la coesione di gruppo.

Universalità: è la scoperta/accettazione che la sofferenza psichica non è solo propria e che può essere condivisa con altri e che anch'essi sono "malati". Ciò permette di provare minore sofferenza e vergogna.

Altruismo: il paziente scopre, con soddisfazione e aumento dell'autostima, che può essere di aiuto agli altri nel gruppo e può farsi aiutare da loro.

Instillazione della speranza, quando il paziente può osservare i reali benefici che lui stesso ed altri hanno dal trattamento di gruppo.

Guida: il paziente ha modo di ricevere informazioni sulla condotta, sulla malattia,

sulla salute mentale sotto forma di suggerimenti, consigli, spiegazioni e istruzioni che il terapeuta fornisce al gruppo per aumentarne la consapevolezza.

Apprendimenti vicari: si realizzano quando il paziente trae benefici dall'osservazione dell'esperienza terapeutica degli altri componenti del gruppo. Si possono individuare due forme di apprendimento: osservando l'esperienza degli altri e attraverso un processo di identificazione con chi esprime sofferenza.

Comprensione di sé: il paziente apprende qualcosa d'importante su di sé attraverso feedback provenienti dagli altri; mediante informazioni o per insight.

Apprendimenti di azioni interpersonali: si tratta di tutte quelle forme di apprendimento che il paziente realizza nei suoi tentativi di relazionarsi costruttivamente e adattivamente con gli altri membri del gruppo.

Autorivelazione di sé, viene definito dai due autori come “l'atto di fornire informazioni personali al gruppo” sul proprio passato, sulle proprie ansie e paure, sulle difficoltà personali.

Catarsi: il paziente ha modo di liberare intense emozioni ottenendo un senso di sollievo e di risoluzione dei propri conflitti.

Per la gruppoanalisi i *fattori terapeutico-trasformativi gruppoanalitici* sono i seguenti:

Risonanza;

Rispecchiamento (mirroring);

Identificazione;

Condivisione della sofferenza e della paura psichica e uscita dall'isolamento e dall'autismo della sintomatologia/costruzione della matrice di gruppo;

Contenimento tramite il legame con la matrice di gruppo e progressiva visualizzazione/trasformazione delle matrici relazionali del Sé;

Incontro/scontro fra matrice familiare (gruppo interno, transpersonale) e matrice dinamica del gruppo terapeutico o, in altri termini, tra pensiero di gruppo, pensiero familiare interno, pensiero individuale;

Distanziamento dal campo (spazio) mentale saturo (sintomatologia), sua visualizzazione nel campo (spazio) gruppale, esperienza dello "spazio senza", separazione/individuazione;

Interpretazione gruppoanalitica di comunicazioni verbali e non verbali che drammatizzano e presentificano le relazioni inconsce tramite il processo gruppale.

2.2 Concetti base della gruppoanalisi

Concetti fondamentali della gruppoanalisi sono *rete*, *matrice* e *transpersonale*.

Foulkes, psichiatra di origine tedesca, lavorò molto sui gruppi. Si specializza in neurologia con Goldstein e da lui riprende il concetto di *rete*. Dopo la sua analisi a

Vienna, ritorna a Francoforte e qui con Elias inizia un' importante preparazione scientifica. Dal sociologo Elias apprende che nello studio della personalità e della psicopatologia è necessario non escludere l'influenza del sociale. Nel 1939 Foulkes conduce il primo gruppo terapeutico, nel '42 e nel '45 va nello stesso ospedale dove era presente Bion ma diversamente da lui comincia a lavorare sulla costituzione della terapeuticità dell'ospedale. Questa esperienza verrà considerata la prima comunità terapeutica della storia della terapia di gruppo.

L'individuo non è un elemento isolato ma un punto nodale di una rete. Il concetto di punto nodale e di rete permettono di iniziare il discorso della gruppoanalisi. La gruppoanalisi concepisce il gruppo come una rete. Rete è il nome che diamo al gruppo. Il sociale è una rete e gli individui i suoi punti nodali. Il fenomeno che caratterizza la rete e quindi gli individui è la comunicazione.

Foulkes definisce così la rete¹⁰²: *"Considero il paziente che mi sta di fronte come l'anello di una lunga catena, un punto nodale in una rete di interazione, la quale è la vera sede dei processi che portano tanto alla malattia che alla guarigione.....sono sempre più convinto che il paziente che noi vediamo è in sé stesso solo un sintomo di un disturbo che investe un'intera rete di situazioni e di persone, che costituisce l'autentica sede di intervento di una terapia radicale ed efficace. Sarebbe più corretto dire che lo sarà in futuro. Il punto d'arrivo sarebbe dunque la terapia dei gruppi originari, vale a dire la terapia della famiglia"* (Foulkes,1964)

Tutta la Psicologia diverrebbe così Psicologia sociale e troverebbe nel gruppo il suo

strumento terapeutico, confinando la psicoterapia individuale a scopi del tutto particolari (Foulkes, 1967). Gli individui sono i nodi che tengono unita la rete, legati da processi transpersonali, sottolineando che i processi non hanno luogo soltanto nell'intrapsichico ma attraversano gli individui e ne fondano la vita psichica.

La *rete* è formata da tutti quei collegamenti consci ed inconsci che vengono a crearsi tra gli individui, un intreccio di relazioni che formano la trama della nostra vita e che ne sono il sostegno ed anche il limite. In tutti i contesti esistono delle reti, siano esse di natura affettiva, economica, comunicativa ecc.

La prima di queste reti è la famiglia, così come lo è una comunità, un'aggregazione religiosa o lo staff di un ufficio. Il paziente che manifesta un sintomo è, secondo questa concezione, un elemento all'interno di questa lunga sequenza di relazioni; un nodo che si è formato all'interno di questa rete e di cui è il prodotto.

Ciascuna rete genera, a sua volta, una *matrice*¹⁰³. Il termine matrice è derivato dal latino e significa animale gravido o animale femmina. In inglese utero, grembo, posto o mezzo in cui qualcosa viene prodotto o sviluppato. Foulkes definisce la matrice come *“la rete di comunicazioni e relazioni in un determinato gruppo. Essa è il territorio condiviso che alla fine determina il significato e la significazione di tutti gli eventi e su cui poggiano tutte le comunicazioni verbali e non verbali”*. (Foulkes, 1964). Un'altra definizione di matrice è la seguente *“la rete di tutti i processi mentali individuali, il mezzo psicologico in cui essi si incontrano, comunicano e interagiscono”*.

L'Autore elabora il concetto di matrice^{104,105} in una triplice accezione. La *matrice di base* o di fondazione che rappresenta il presupposto dell'accomunamento e della comunicazione fra soggetti, un esempio è la gestualità che ogni popolo declina secondo modelli culturali propri; la *matrice personale* è il mondo familiare interiorizzato, riguarda i modelli relazionali che l'individuo ha introiettato dal gruppo familiare, il suo mondo interno. In termini clinici la matrice personale è direttamente connessa con l'insorgenza del sintomo, ovvero del disagio eziologico di cui il paziente è portatore. La matrice personale verrà transferalmente riattualizzata in tutte le situazioni relazionali significative quali il gruppo terapeutico, ove concorrerà alla formazione della *matrice dinamica*¹⁰⁶.

Obiettivo della gruppoanalisi è quello di creare la matrice dinamica che è fenomenicamente evidenziabile all'interno di un gruppo analitico, e costituisce il tessuto delle dinamiche trasformative del gruppo stesso. Essa si forma all'interno della situazione gruppale come fatto peculiare di quello specifico gruppo; rappresenta la visualizzazione di tutto quanto avviene nel qui ed ora in termini di comunicazione anche inconscia ed è, salvo irrigidimenti, in perenne trasformazione.

Se pertanto concepiamo la possibilità che sia stata una specifica rete e la sua relativa matrice a originare un elemento di disagio all'interno dell'individuo, allora la specifica funzione terapeutica della gruppoanalisi è quella di creare una nuova rete che a sua volta generi una nuova matrice (*matrice dinamica*) da contrapporre alla *matrice personale*.

Il gruppo, se ben condotto, costruisce una nuova rete di relazioni, dove l'altro diviene lentamente meno diverso, meno distante, meno estraneo e più manifestazione di una propria parte di sé, nel quale è possibile rispecchiarsi. Questo processo di rispecchiamento permette di guardare quelle parti che solitamente ci sono talmente vicine da non essere viste.

Il gruppo gruppoanalitico genera una sua propria matrice, un sistema di riferimento interno, una sua cultura di gruppo, un pensare di gruppo. L'essere immersi in una nuova rete, con una nuova matrice, diversa da quella disfunzionale che ha creato il disagio, diviene allora un'esperienza "correttiva" e terapeutica.

Osservare un gruppo nel lavoro clinico significa quindi prima di tutto focalizzare l'attenzione sull'evento costituito dall'incontro fra due fondamentali aspetti, quello di matrice personale dell'individuo, cioè del mondo interiore riattualizzato dal set e quello della matrice dinamica della rete di comunicazione propria del qui ed ora gruppal: quest'ultima è appunto il risultato dell'incontro fra le storie relazionali dei singoli e insieme qualcosa di nuovo e diverso.

Pontalti e Menarini, (1985) parlano di *matrice familiare*¹⁰⁶ che è la matrice dinamica della famiglia, il punto di collegamento tra la matrice culturale e l'individuo. E' attraverso la matrice familiare che l'individuo assimila una cultura e dei valori.

La matrice familiare va differenziata dalla matrice di gruppo perché è una matrice con storia, una sorta di utero mentale all'interno del quale il neonato è immerso. Tale matrice consente al bambino che alla nascita non è in grado di "significare", di dare

senso simbolico a ciò che accade intorno a lui, di sviluppare le proprie capacità simbolico-poietiche per dare senso agli accadimenti del mondo. Il bambino a questo scopo utilizza, mentalizza e si identifica con gli strumenti e le modalità di pensiero della matrice stessa, sviluppando gradualmente una propria capacità di pensiero autonomo. Tale sviluppo ha luogo nella misura in cui la matrice familiare si costituisce come *spazio transizionale o matrice familiare insatura*. Il bambino deve potere dare senso a quanto gli viene trasmesso altrimenti si ha patologia.

Al contrario, la *matrice satura* non offre uno spazio per l'attivazione di un processo di crescita, non consente alcuna autonomia e sviluppo della soggettività; non lascia spazio al nuovo, non offre all'individuo uno spazio mentale che gli consenta di pensarsi come "altro" rispetto alla matrice stessa.

In sostanza, un momento cruciale della costituzione di una personale identità consiste nel poter pensare il pensiero familiare: il bambino diventa persona quando può trasformare simbolicamente (inconsciamente) in nuovi significati la cultura familiare e transpersonale, cioè quando può pensare la discontinuità evolutiva attuale rispetto alla cultura degli antenati storicamente data.

All'impossibilità di tale autorappresentazione mentale è correlata l'insorgenza di linee di frattura (transgenerazionali) potenzialmente psicopatogene, le quali segnalano realtà "non pensabili" che possono intrappolare il paziente nella rete (transpersonale-familiare) impedendogli la sua completa individuazione (lo sviluppo di una sana matrice personale).

Il sintomo è una non trasformazione degli eventi simbolici relativi alla cultura familiare dovuti ad una matrice satura, cioè un campo mentale in cui non è pensabile la discontinuità dei processi di simbolizzazione, di intenzionamento. Per esempio “Tu nasci e sarai notaio!” Se ci sono altri intenzionamenti c’è prima o poi sofferenza e impossibilità di autonomia.

Quindi la funzione essenziale della matrice familiare è quella di garantire al bambino la possibilità di fondare un suo apparato mentale autonomo attraverso la trasformazione significativa della rete transpersonale, cioè della cultura degli antenati. La capacità mitopoietica della famiglia di costruire relazioni significative tra la propria storia, la storia degli antenati e il nuovo “progetto storico” del bambino permette al bambino stesso di organizzarsi, di fondarsi come persona. Se invece la famiglia non riesce a dare senso al nesso esistente fra la sua storia e quella delle generazioni precedenti, anche il nuovo progetto storico del bambino sarà minato da “aree senza senso” potenzialmente psicopatogene: lo sviluppo mentale e l’organizzazione intrapsichica del bambino (e successivamente dell’adolescente) saranno ostacolate. In questo caso verrà alterato il processo di costruzione della persona inteso come nodo della rete transgenerazionale e l’esito di tale alterazione potrà consistere nell’insorgenza di un evidente sindrome clinica psicopatologica o in alcuni casi nella stabilizzazione di un disturbo della personalità.

La nascita della mente è quindi un evento essenzialmente gruppale perché è legata alla matrice familiare. La gruppoanalisi ha evidenziato come la psicopatologia¹⁰⁷ sia un rapporto non vivibile tra il soggetto e il suo gruppo di appartenenza familiare. In

quest'ottica la psicopatologia è visualizzabile come la conseguenza di un fallimento della matrice familiare nella sua funzione di spazio transizionale; come mancata trasformazione significativa della storia delle generazioni precedenti: in tal caso parliamo di matrice familiare satura.

Un altro concetto gruppoanalitico è quello di *inconscio sociale, gruppale* o meglio *transpersonale* come disse per la prima volta Foulkes che è l'insieme delle relazioni che il soggetto interiorizza e si autorappresenta a partire dalla sua nascita, e che divengono parte costitutiva della totalità del suo mondo interiore

Menarini (1989) afferma che “Il transpersonale¹⁰⁸ è l'impersonale collettivo che attraversa la nostra identità più intima senza che il nostro potere cognitivo possa minimamente concettualizzarlo”. Caratteristiche salienti del transpersonale sono: *l'interiorizzazione o incorporazione*, che ne rappresenta il presupposto (identificazione) e cioè il transpersonale è dentro di noi, è incorporato, interiorizzato e fa parte della nostra identità; *l'intenzionalità*, ovvero il potere di dirigere e significare le emozioni e le scelte del soggetto da parte del mondo da cui viene concepito; la *sovraindividualità*, cioè la prerogativa di travalicare il soggetto stesso e l'essere prevalentemente inconscio.

Vicina all'idea di transpersonale è l'osservazione di ciò che viene designato come “*gruppo interno*”¹⁰⁹. I gruppi interni rappresentano la parte intenzionale del transpersonale: “la gruppalità interna è l'esito della internalizzazione, attraverso processi identificatori, dell'insieme di relazioni delle quali l'individuo, sin dalla

nascita, entra a far parte come elemento personale di una circolarità di significazioni e di intenzionamenti” (Napolitani, Maggiolini, 1989). Essa non consiste nell’internalizzazione delle figure parentali (padre, madre ecc) ma ciò che viene introiettato è piuttosto una rete di modalità relazionali, la rappresentazione dei rapporti di ognuno con l’altro e con l’ambiente, le significazioni e i codici legati a tali rapporti. L’ individualità trae la propria origine da questo processo, e si costituisce come la parte più stabile della personalità, nelle sue componenti replicative. Per Napolitani l’individuo grazie al processo di identificazione apprende, nel senso di prendere stabilmente dentro di sé, quanto i propri genitori, il proprio gruppo di appartenenza insegna. Accanto a tale processo però secondo l’autore un’altra variabile umana è la creatività. Se da una parte l’essere umano può essere considerato “assoggettato” al proprio gruppo di appartenenza, dall’altro opera in lui “una predisposizione ad una conoscenza trasformativa del mondo”, che spinge alla liberazione dai vincoli della cultura istituita. L’uomo con la sua creatività allo stesso tempo deve essere in grado di trasformare in maniera autonoma, originale quanto ha introiettato. L’individuo, per Napolitani, è per certi aspetti *idem* che rappresenta le esperienze codificate e per altri *autòs che rappresenta l’aspetto trasformativo che mi consente di riformulare e trasformare in maniera soggettiva quanto ho introiettato. Da una parte non si avrebbe cultura senza la capacità identificatoria (assumere i caratteri di quelli che ci hanno preceduto); dall’altra non ci sarebbe cultura se noi non trasformassimo gli stessi caratteri. Questo è il processo della simbolopoiesi cioè della capacità di comporre i significati dell’esperienza, metterli insieme in maniera*

autonoma.

Lo Verso (1989, 1992)^{110,111,112,113} esplorando la sfera transpersonale, così come si manifesta nel singolo, nel piccolo gruppo ma anche nella società, ha identificato i seguenti cinque *livelli del transpersonale: biologico-genetico, etnico-antropologico, transgenerazionale, istituzionale ed sociocomunicativo.*

Il livello *biologico-genetico* riguarda tutto ciò che vi è di specie specifico nella gruppaltà e nella comunicazione, e che è stato tramandato e sedimentato nella memoria biologica nel corso del processo evolutivo dell'uomo. Noi abbiamo delle biologiche disposizioni a mangiare, dormire ecc.

Il livello *etnico-antropologico* è relativo alle grandi aree culturali e alle macroistituzioni ed è connesso con le diversificazioni fra culture, nazionalità ecc. Nella storia più recente del livello antropologico del transpersonale si ha la comparsa dell'individuo così come oggi modernamente lo concepiamo, ovvero come entità soggettiva in grado di differenziarsi e decidere il proprio destino piuttosto che vivere in totale continuità con la propria appartenenza, con i miti del suo mondo, con un supposto ordine immutabile della natura e delle cose.

Il transgenerazionale è la sfera del mondo familiare, delle sue culture e del modo in cui esse si vanno tramandando e trasformando di generazione in generazione. Nel transpersonale familiare e in quello del soggetto è possibile rintracciare il passato di chi è venuto prima di noi, la traccia grupale delle reti familiari precedenti. “ I rapporti nella rete transgenerazionale e la loro iscrizione-rielaborazione-

significazione rispetto al nascente sono per molti aspetti presenti prima della nascita di quest'ultimo e parzialmente predeterminati, col loro carattere anteriore di intenzionalità desiderante-regolante” (Lo Verso, 1989).

Il *livello istituzionale* è legato alle appartenenze attuali della vita del soggetto, alle esperienze connesse all'apprendimento di tecniche, ruoli, funzioni organizzative, gerarchie, modelli, ma soprattutto al far parte, insieme ad altri, di una struttura, e di disporre di un insieme di regole interiori che governano i vissuti relativi al desiderio, alla paura, a ciò che è bene o male dal punto di vista socioculturale.

L'ultimo *livello sociocomunicativo* (Fiore, Lo Verso, 1989) si riferisce alla dimensione macrosociale contemporanea e all'orizzontalità con cui essa sembra, soprattutto nelle società avanzate, sovrapporsi alla famiglia e alla tradizione culturale. Primato dell'immagine, comunicazione in tempo reale, pensiero debole, disidentità, moltiplicarsi delle esperienze di esplorazione relazionale e sessuale, messa in crisi del primato della parola e del libro come forma di comunicazione, nuclearizzazione della famiglia, minaccia della distruzione nucleare o ambientale del pianeta ecc sono fenomeni che trasformano, il nostro mondo, i suoi sistemi socio-organizzativi, i vari modi di vita e che incidono anche nella costituzione delle strutture psichiche.

Di Maria e Lavanco (1991)¹¹⁴ hanno introdotto un sesto *livello del transpersonale politico-ambientale* che permette di delineare uno *spazio senza* in cui si ha il superamento delle matrici familiari, si apprende la possibilità di una riflessione critica su di esse, e si costruiscono le matrici gruppalì. Lo “spazio infra” risulta lo spazio

della creatività, della soggettività. Tale spazio permette di fondare quella relazione di gruppo che ha come obiettivo la rivisitazione di ogni ambito relazionale della nostra esistenza soggettiva. Questo livello del transpersonale riguarda i modi umani di pensare e organizzare il futuro che si svelano nella politica e nelle idee politiche.

Nell'ottica gruppoanalitica la matrice è un campo in cui sono compresenti tutti questi livelli che non vanno mai considerati isolatamente ma integrati tra di loro, livelli di cui è articolato il transpersonale. L'individuo è complesso nella misura in cui appartiene ad un certo livello genetico, antropologico, transgenerazionale.

Per concludere vorrei sottolineare che i requisiti per essere adatti ad una psicoterapia gruppoanalitica sono quasi del tutto sovrapponibili a quelli necessari per un trattamento dinamico individuale (tra cui ricordo: una forte motivazione, la capacità di reggere le frustrazioni, la capacità di insight, intelligenza nella media) ma i tempi sono spesso molto più ridotti di un percorso psicoanalitico.

2.3 Gruppo omogeneo: cenni storici

In bibliografia medica (Costantini, A. 2000, Giovannini, M. 1991, Corbella, S. 1999) ritroviamo varie esperienze di *gruppi omogenei*¹¹⁵ di psicoterapia analitica per il sostegno in alcune patologie mediche (oncologiche, cardiovascolari, gastrointestinali, AIDS) e per il trattamento di patologie psichiatriche (disturbi del comportamento alimentare, attacchi di panico, disturbi di personalità, psicosi ecc).

La prima esperienza di *gruppo* viene fatta risalire a Joseph Pratt (1922)¹¹⁶ medico di Boston che prova a curare dei tubercolosi integrando il loro trattamento con incontri di piccoli gruppi. Gli interventi di gruppo proposti da questo Autore (class method) centrati sulla discussione degli aspetti medici e psicologici, furono ritenuti utili per il miglioramento del morale dei pazienti e per il decorso della malattia aumentando negli stessi autostima e fiducia in sé. Alla fine i pazienti sottoposti a questo tipo di trattamento avevano riportato degli indici di guarigione e di benessere superiori rispetto agli altri sottoposti al metodo medico classico.

Oggi il modo di lavorare con i gruppi si è evoluto nel senso di una maggiore attenzione agli aspetti del set, ai parametri del setting, alla modalità di conduzione. Del lavoro di allora rimane comunque il bagaglio di conoscenze relativo alle potenzialità del gruppo connesse alla dimensione relazionale, alle risonanze affettive proprie del filone di ricerca teorica e clinica che ha in Yalom, Bloch e Crouch i suoi massimi esponenti.

2.4 Che cosa è un gruppo omogeneo

“Un *gruppo omogeneo*^{117,118,119,120} è un gruppo i cui membri sono uniti dalla loro lotta contro un problema riconosciuto come comune a tutti i membri...i gruppi possono essere omogenei in diversi modi...l'appartenenza a un gruppo omogeneo è abitualmente definita da caratteristiche pre-gruppo dei membri piuttosto che da attribuzioni comuni individuate nel corso del trattamento” (Weiner, 1986).

Vorrei puntualizzare che quando parliamo di gruppi omogenei non intendiamo riferirci alla presenza di un'uguaglianza (neanche di una vera e propria uguaglianza sintomatica è lecito parlare), che appiattisce le differenze tra i membri, ma a un accomunamento tra essi che, in certe fasi, facilita il percorso terapeutico. *Le differenze individuali rimangono e vanno riconosciute, evidenziate e promosse.*

Una caratteristica di questi gruppi è l'immediata creazione di un clima grupale di condivisione e di una coesione dati proprio dalla comunanza sintomatologica, che fa sentire un forte senso d'appartenenza e una possibilità di ascolto e comprensione immediati.

Aggiungerei che lo sviluppo rapido della coesione diventa elemento importante nei gruppi a breve termine, dove gioca un ruolo fondamentale nel consentire al gruppo di lavorare più velocemente sui suoi obiettivi, necessità data proprio dal numero prestabilito e ridotto degli incontri. Il limite di tempo, inoltre, mobilita più velocemente energie e risorse. Nel caso dei trattamenti di gruppo a breve termine, il gruppo omogeneo diventa quindi il formato privilegiato.

Il ruolo del terapeuta è quello di esplicitare le finalità del lavoro e definire un contratto chiaro con il gruppo, elaborando con esso, quando emergono, le fantasie e le difficoltà. Il terapeuta promuove il contatto con le proprie emozioni che gradualmente in gruppo possono essere espresse, comunicate e condivise accanto all'espressione dei sintomi, inizialmente molto presenti.

I gruppi sono centrati sull'aiuto reciproco, ed essenzialmente il terapeuta attiva un

clima gruppale di scambio e condivisione, favorendo l'attivazione di alcuni *fattori terapeutici* quali la *coesione*, *l'altruismo*, la *speranza*, *l'universalità*, *l'apprendimento interpersonale*.

Principale fattore terapeutico è la *coesione gruppale*. La comunanza del fattore di malattia facilita l'apertura di sé e la sensazione di contenimento e accoglienza dei propri vissuti in un clima rassicurante. Il gruppo è il luogo dove si può superare l'isolamento e la solitudine, la sensazione che non ci sia nessuno che possa capire e condividere i propri problemi.

Il gruppo offre immediatamente il confronto con l'altro, proponendosi come lo spazio e il luogo dove ci si incontra per condividere e analizzare difficoltà comuni provando a elaborarle.

È il contesto dove è possibile sperimentare relazioni interpersonali che consentono la visualizzazione e un lavoro di comprensione della propria personale dimensione relazionale.

Il nostro gruppo avrà come tema centrale la disfunzione sessuale, con le paure e le angosce che suscita, e problematizzerà la capacità di adattamento a essa, consentendo di affrontare e accettare i cambiamenti di sé e della propria immagine corporea. Il gruppo cioè deve essere finalizzato alla presa in carico della disfunzione, al fine di consentire a ciascuno dei suoi membri di affrontarla senza negazioni eccessive, potendo guardare agli aggiustamenti e ai cambiamenti (comportamentali, nell'immagine di sé) a cui obbliga, senza che questi vengano vissuti come una perdita

che annulla qualsiasi possibilità creativa.

L'EP costringe infatti a fare i conti con se stessi e a pensarsi all'interno di una nuova "identità" possibile nella misura in cui non è vissuta depressivamente come una rinuncia e una perdita incolmabile di ciò che aveva rappresentato il nucleo più profondo di se stessi.

Infine, nel lavoro di gruppo viene riconosciuta la necessità da parte del conduttore di una conoscenza dell'EP nei suoi aspetti medici (con gli effetti degli eventuali trattamenti farmacologici e chirurgici) così come dei suoi effetti esistenziali e relazionali.

2.5 Cosa si fa in un gruppo

Lo Verso stabilisce i seguenti *parametri di gruppo*¹²¹:

-Fondazione: il lavoro di fondazione è centrale e da esso dipende lo sviluppo futuro del gruppo; essa deve tendere a costruire un assetto stabile per facilitare la possibilità di ingresso nel gruppo, la sua strutturazione e la stabilità nella partecipazione;

-Setting: strutturato e stabile dopo le fasi di fondazione o le uscite o gli inserimenti di nuovi pazienti. Posizione a cerchio;

-Individuazione degli obiettivi;

-Processualità: è importante riportare nel gruppo pensieri e accadimenti esterni in

modo tale che la supportività se necessaria, sia gruppale, effettuata cioè dai pazienti stessi;

-Corpo: la presenza del corpo è centrale in ogni tipo di gruppo, poiché esso è il luogo dove la relazione vive e agisce. Va tenuta in conto la centralità della comunicazione non verbale in terapia di gruppo.

-Istituzione: la presenza degli aspetti istituzionali è centrale nei gruppi; essa fa parte del lavoro gruppoanalitico nella gestione dei rapporti tra gruppo e istituzione;

-Conduzione: da parte del terapeuta è attiva e direttiva (a parte una prima parte fondativa e agevolatrice del processo gruppale) centrata sull'asse circolare individuo/gruppo; mantenimento della responsabilità terapeutica, con il costante obiettivo di mantenere l'attenzione al divenire processuale del gruppo ed in cui il lavoro sul singolo avviene "attraverso" il gruppo: con un oscillazione tra processo gruppale "qui ed ora" e comprensione/trasformazione della gruppalità interna.

-Interventi: il terapeuta attiva la comunicazione ed il processo gruppale, interpreta, stimola la capacità associativa auto-etero introspettiva del gruppo e dei singoli, centrata sul "qui e ora" e sul "lì e allora", sul non dicibile a sé e all'altro.

3. Il cambiamento in psicoterapia

Uno dei problemi più controversi della ricerca in psicoterapia è di stabilire che tipo di cambiamento generi un trattamento nei pazienti. La ricerca psichiatrica e

psicoterapeutica, mutuando i modelli di cura medici, ha a lungo identificato il cambiamento con la remissione sintomatica. Un trattamento è efficace se fa recedere la sintomatologia del paziente. L'affermazione è così generica che nessuno può naturalmente contestarla nella sua linearità. Sappiamo però che nel caso della valutazione dei trattamenti psicoterapeutici questa equazione debba essere resa molto più complessa, vista la specificità del settore di intervento. Questo vale ancora di più per le terapie psicodinamiche per le quali obiettivo del trattamento è sempre stato, oltre alla cessazione del comportamento sintomatico, una modificazione delle modalità relazionali e delle strutture di personalità del soggetto in cura. D'altronde, un approccio terapeutico focalizzato solo sulla remissione del sintomo, mostra una ristretta e datata concezione della salute e della malattia. Già la definizione della World Health Organization raffigurava la salute come “uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non solamente come assenza di malattia” (WHO¹²², 1948, p. 1). Da questo punto di vista anche la ricerca psicologica e psichiatrica comincia a cimentarsi con misure di outcome che vanno oltre la dimensione sintomatica, includendo i domini del funzionamento sociale, dell'adattamento interpersonale, della qualità della vita (Ormel¹²³ et al, 1994; Katschnig¹²⁴, 1997).

Un problema connesso al precedente è quello di stabilire quando un cambiamento, ritenuto effetto di un intervento psicoterapeutico, possa ritenersi clinicamente significativo. Nella ricerca in psicoterapia sta divenendo abituale interrogarsi rispetto a quella che Kendall^{125,126} (Kendall, Norton-Ford, 1982,1999) ha definito *clinical*

significance, cioè valutare se il cambiamento ottenuto sia di ampiezza sufficiente per far tornare i pazienti, identificati inizialmente come fuori range normale, entro il range di normalità dopo la terapia. Ma come stabilire se un cambiamento è clinicamente significativo? Al riguardo uno dei metodi più euristici e stimolanti è quello elaborato da Jacobson e colleghi^{127,128} (Jacobson, Revenstorf, 1988; Jacobson, Truax, 1991) secondo cui viene definito cambiamento clinicamente significativo il ritorno al funzionamento "normale". Quest'ultimo che risponde al bisogno del paziente, il quale entra in terapia aspettandosi che i suoi problemi siano risolti. In termini operazionali un cambiamento è significativo:

1) se rispetto alle variabili ritenute come attendibili indicatori di cambiamento, il paziente alla fine della terapia non è distinguibile dalla popolazione non patologica;
2) e se l'ampiezza del cambiamento è statisticamente attendibile (Jacobson¹²⁹ *et al.*, 1999).

Gli strumenti che esistono per la valutazione degli esiti sono più orientati a individuare indicatori di cambiamento relativi al funzionamento globale, anziché alla remissione dei sintomi. Tale scelta è collegata a una concezione del cambiamento che S. Di Nuovo descrive con chiarezza, individuando come mete essenziali, comuni a ogni modello di psicoterapia, le seguenti:

- incrementare un'adeguata immagine di sé come unità funzionale somatopsichica, e la capacità di cogliere adeguatamente segni e significati provenienti dal mondo esterno;

- migliorare le capacità di rapportarsi attivamente e proficuamente con il contesto: flessibilità, autonomia, abilità di problem-solving interpersonale, capacità di apprendere dall'esperienza e fronteggiare adeguatamente stress e frustrazioni;
- acquisire un'identità definita e stabile, ma al tempo stesso capace d'ulteriori cambiamenti: unitaria nella molteplicità delle funzioni, delle circostanze e dei contesti, articolata ma non scissa (Di Nuovo^{130,131}, 1998, p. 243).

Le ricerche effettuate sulla valutazione degli effetti delle terapie psicodinamiche sono quantitativamente inferiori rispetto a quelle sull'efficacia delle terapie di tipo cognitivo-comportamentale (Roth¹³², Fonagy, 1996). Questa differenza da un lato è legata alle difficoltà metodologiche che comporta la valutazione d'interventi più complessi, meno operationalizzabili e in generale di più lunga durata; dall'altro il ritardo è anche legato a un certo atteggiamento della cultura analitica che ha preferito una verifica degli interventi esclusivamente di tipo soggettivo-dialogico (supervisioni, resoconti di casi ecc.), sospettosa di possibili contaminazioni provenienti dal contatto con il mondo "riduttivo" della ricerca empirica.

A livello di ricerca scientifica si è dimostrato come i trattamenti di gruppo, in generale, funzionino in termini d'efficacia e quali siano alcune delle variabili che favoriscono i risultati positivi di questo tipo di terapia (Bednar, Kaul, 1994; MacKenzie¹³³, 1997). Anche i gruppi di terapia a tempo limitato posseggono ormai una consolidata base di validazione empirica sull'efficacia (Piper¹³⁴, Joyce, 1996; Costantini, 2000). Spesso però le ricerche non specificano il tipo di trattamento di

gruppo, i fattori terapeutici utilizzati, il tipo d'interventi del conduttore: l'assunto implicito sembra essere quello che se il paziente cambia in seguito al trattamento, allora il trattamento deve avere funzionato.

Nell'ambito delle terapie analitiche di gruppo, la ricerca sull'efficacia degli interventi è ancora più recente e sporadica. E' comunque indicativo di un interesse diffuso a livello internazionale il fatto che la rivista "Group Analysis" abbia recentemente dedicato un numero monografico (XXXIII, 3, 2000) a lavori di ricerca sulla valutazione dei gruppi terapeutici.

Il Progetto Val.Ter. (Valutazione delle Psicoterapie) ad esempio, coordinato dai professori Di Nuovo e Lo Verso (Di Nuovo *et ai*, 1998) si propone come uno studio sia sugli esiti che sul processo, volto a individuare, all'interno di diversi modelli e orientamenti teorici, le costanti operazionali che favoriscono (e che ostacolano) il cambiamento promosso dal processo terapeutico.

4. Trattamenti Multimodali

4.1 Multimodalità in psicoterapia

Nell'ambito psichico, noti psicoterapeuti come il Prof. Pontalti ed il Prof. Menarini parlano dell'importanza di introdurre in psicoterapia *trattamenti multimodali*⁴⁹, cioè operazioni mentali e professionali che comprendono la possibilità di “progettare” più trattamenti psicoterapeutici contemporanei o successivi, non in termini di giusta opposizione, ma di interconnessione (Venza G., Dolce C.G., 1993; Ferraris, Lo Verso, 1996). Si tratta cioè di lavorare utilizzando simultaneamente più livelli di impostazione operativa, mantenendo uno spazio dialogico e decisionale.

Secondo gli Autori, in psicoterapia è importante capire quale trattamento sia più adatto ad ogni paziente al fine di promuovere condizioni di benessere psichico. I disturbi gravi vengono raramente trattati con successo, per i limiti intrinseci alle singole tecniche ed ai singoli modelli; è come se ogni approccio, per la sua inevitabile limitatezza, fosse in grado di trattare solo un aspetto, o alcuni aspetti del problema, che rimane pertanto sostanzialmente irrisolto.

4.2 Multimodalità dell'agire clinico

"Multimodale" si riferisce a: "molti modi", "molti modi di fare", "molti modi di fare psicoterapia". Si può spaziare, dalla multimodalità nella behavior therapy (Lazarus⁵⁰, 1976 e 1981) alla "alternanza" (Ancona⁵¹, 1992) o talvolta interfaccia fra medicina e

psicologia.

Multimodale è anche il problema della selezione del trattamento (Frances, Clarkin e Perry, 1984) ed inoltre multimodale può voler dire tecniche differenti applicate a) in contemporanea oppure b) in sequenza temporale progressiva (Pontalti e Menarini, 1989).

Relativamente alla multimodalità dell'agire clinico esistono due dimensioni:

- la prima correlata alla funzione di cura, in un ottica multidisciplinare, ad esempio la possibilità di creare un progetto che contempli, in spazi e tempi differenziati, il supporto farmacologico, le psicoterapie, l'intervento pedagogico e psicosociale;
- la seconda si riferisce ad una multimodalità del trattamento psicologico.

Il progetto terapeutico dovrebbe ad esempio vedere associate contemporaneamente o in tempi successivi più psicoterapie (Papa M., Ferraris L., 1993).

La possibilità che tale modalità di lavoro sia clinicamente efficace, si basa sulla disponibilità e sulla capacità dei curanti di far fronte ad un modello di pensiero grupppale, attraverso il quale pensare la fondazione della relazione e su questo si crea uno stretto raccordo tra il modello delle relazioni soggettuali e la pratica professionale.

4. 3 Dalla multimodalità all'integrazione

Una volta effettuato l'assessment del paziente EP, si procede con un protocollo integrato che include trattamenti farmacologici, limitati nel tempo, psicoterapia individuale o di gruppo con biofeedback ed eventuale terapia della coppia.

Il concetto di multimodalità introduce tanto il concetto di selezione quanto il concetto di integrazione. Li introduce inevitabilmente se si tratta di una multimodalità consapevole ed autocritica.

L'integrazione, in particolare, costituisce il coronamento teorico della multimodalità.

Gli aspetti storici e di metodo in merito all'integrazione fra i vari modelli si ritrovano in vari autori: Goldfried⁵² e Newman (1986), Wolfe e Goldfried (1988), Beitman, Goldfried e Norcross (1989), e soprattutto Villegas⁵³ e Besora (1990) il quale chiarisce la tripartizione multimodale: sincretismo, eclettismo, integrazione.

E allora, risulta quanto mai stimolante muoversi nello studio dell'universo della psicoterapia multimodale. Muoversi alla affascinante ricerca della genericità ed aspecificità (Lambert⁵⁴ e De Julio, 1978; Karasu⁵⁵, 1986; Orlinsky⁵⁶ e Howard, 1987), dei fattori comuni ed impliciti (già dal 1936! con Rosenzweig), dell'equivalenza fra gli interventi (Stiles⁵⁷, Shapiro ed Elliot, 1986), del linguaggio condiviso (Ryle, 1978 e 1987; Strong⁵⁸, 1987), del continuum cognitivo (Beck, 1984), dei temi convergenti e comuni (Beutler⁵⁹, 1981; Bergin, 1982; Goldfried⁶⁰, 1982), del motore unico: ad esempio la relazione terapeutica quale base-fondamento per esercitare in maniera corretta ed efficace la psicoterapia eclettica detta anche psicoterapia integrata (forma di psicoterapia in cui sono integrati gli orientamenti psicodinamico e cognitivo-

comportamentale (Patterson, 1985), dell'embricazione che permette di identificare il vero (e forse comune ed unico) meccanismo d'azione della psicoterapia (Migone⁶¹, 1987).

Quale esempio di integrazione fra modelli si può scegliere un classico, l'incontro fra terapia comportamentistica e terapia psicoanalitica, in altre parole fra approccio behavioristico e approccio dinamico, fra superficie e profondità della psiche (Woody⁶², 1971; Wachtel⁶³, 1977; Marmor⁶⁴ e Woods, 1980; Messer⁶⁵ e Winokur, 1980; Arkowitz e Messer⁶⁶, 1984; Messer, 1984; Brady⁶⁷, 1986).

Quali esempi incentrati sull'oggetto si possono citare l'integrazione lavorando con la coppia (Peirone^{68,69,70}, 1988a, 1988b e 1996), l'integrazione lavorando con i soggetti di confine (Gold⁷¹, 1990) e l'integrazione lavorando con gli psicotici in ambito multicontestuale (Siani⁷², 1992; Siani⁷³ e Siciliani, 1992).

Le prospettive tecnico-operative per la multimodalità nella psicoterapia complessa suggeriscono non un pedissequo eclettismo ingenuo bensì un costruttivo integrazionismo metodologicamente pregnante (Giusti, Montanari e Montanarella, 1995).

La pratica quotidiana della psicoterapia multimodale avvalentesi sia dell'eclettismo sia dell'integrazionismo (Erskine⁷⁴ e Moursand, 1988; Beutler⁷⁵, Consoli e Williams, 1995) evidenzia tanto la funzione del concreto agire da parte dell'operatore (Fensterheim⁷⁶ e Glazer, 1983; Rappaport, 1991) quanto la funzione della astratta teoria (Wachtel, 1983; Beutler⁷⁷, 1989; Chambon⁷⁸ e Marie-Cardine, 1992a), per cui il

discorso di fondo è proprio quello del riavvicinamento collaborativo (Marie-Cardine⁷⁹, 1979; Lecomte e Castonguay, 1987; Mahrer⁸⁰, 1989) in vari modi ed a vari livelli inteso.

Il diventare psicologi clinici (Woody⁸¹ e Robertson, 1988) e in particolare il formarsi quali psicoterapeuti eclettici (Robertson⁸², 1986) tende a favorire una chiarificazione epistemologica (Liddle⁸³, 1982). In altre parole, spinge ad una attenta valutazione critica di ciò che si fa, di ciò che si è, di ciò che si insegna, di ciò che si impara: in maniera tale da curare ecletticamente (Palmer⁸⁴, 1980; Murgatroyd⁸⁵ e Apter, 1986) con piena consapevolezza di cosa ciò significhi in termini di miti e realtà (Lecomte^{86,87}, 1987) nonché di posta in gioco (Duruz⁸⁸, 1993).

Il tutto con la giusta dose di “irriverenza” (Cecchin⁸⁹, Ray e Lane, 1993) nei confronti di modelli rigidi e precostituiti... anche per evitare di stravolgere il paziente “adattandolo” (!?) -secondo il curioso e iatrogeno metodo del brigante Procuste! - allo strumento terapeutico (Chambon⁹⁰ e Marie-Cardine, 1992b).

Alla luce di quanto delineato, occorre allora una ben delineata politica formativa: un ben preciso progetto che porti ad una formazione elastica, a questo punto lunga ed implicante pure un attento lavoro su di sé (anche per chi si specializzi comunque negli approcci superficiali e brevi), incentrata sulla capacità relazionale interindividuale-intergrupale, con grande flessibilità nell'acquisire la padronanza di tecniche ben precise (sempre più differenziate e sempre più articolate).

4.5 La nostra proposta di modello multimodale

Prendendo spunto da Pontalti e Menarini abbiamo pensato di “progettare” per l’EP, disfunzione sessuale complessa, più trattamenti: medico e psicoterapico contemporanei, in termini di interconnessione.

Il *modello integrato* da noi proposto (*Dapoxetina+Psicoterapia Gruppoanalitica*) è la possibilità di pensare all’EP in termini di complessità, di relazioni fra i vari strumenti terapeutici che intervengono in una realtà complessa, individuale, ambientale, familiare, sociale e storica.

Il nostro metodo coinvolge in modo integrato il corpo, la mente e gli aspetti relazionali implicati nel fenomeno dell’EP, con l’obiettivo di aiutare i pazienti a valutare la complessità del problema, a comprendere loro stessi ed i loro partner, a sviluppare empatia per i vissuti emotivi che l’esperienza dell’EP provoca in entrambi ed a costruire un programma dettagliato per indirizzare i loro sforzi verso il cambiamento. Questo approccio integrato è utile non solo per superare l’EP, ma anche per migliorare l’intimità nel rapporto di coppia ed aumentare la soddisfazione sessuale reciproca.

PARTE IV

LA RICERCA

EIACULAZIONE PRECOCE: EFFICACIA DEI TRATTAMENTI A CONFRONTO. TERAPIA MEDICA VS TERAPIA MEDICA IN ASSOCIAZIONE A PSICOTERAPIA GRUPPOANALITICA VS PSICOTERAPIA GRUPPOANALITICA

1.Introduzione

“Il soggetto con EP è incapace di percepire e controllare l’evento eiaculatorio” (Kaplan, 1974) e, tra le disfunzioni del comportamento sessuale, la patologia eiaculatoria occupa un posto di rilievo per la sua elevata incidenza, per le ipotesi etiopatogenetiche contrastanti e per il notevole impatto emotivo che genera. Spesso causa ansia e stress in chi ne soffre e nel partner: l’uomo si sente inadeguato, perde autostima ed assertività nello studio e nel lavoro, fino a diventare isolato. Nella donna, invece, diminuisce il desiderio sessuale e possono comparire rabbia, insoddisfazione, irritabilità ed aggressività, fino all’evitamento dei rapporti o addirittura un nuovo amore.

Come già trattato nei precedenti capitoli, l’EP è una disfunzione sessuale che nel corso della storia dell’umanità ha avuto varie chiavi di lettura, la cui definizione è variata in funzione dei criteri diagnostici presi in esame e dal punto di osservazione e,

in tal senso, la revisione della bibliografia già riportata dà conto delle difficoltà che si riscontrano sia in ambito medico sia in ambito psicologico e della eterogeneità a volte contrastante dei dati scientifici e di approccio al problema. Dalle ricerche più recenti, infatti, emerge che l'EP è una disfunzione complessa, multifattoriale, che non può prescindere da un approccio multidisciplinare; e complesso è l'intreccio psiche-soma sottostante la sessualità di un individuo che soffre di EP.

Vista la diffusione nella popolazione di tale problema, visto il grosso impatto sulla qualità di vita dell'EP e visto la complessità di tale fenomeno, il presente protocollo di ricerca si è proposto di effettuare uno studio sui pazienti affetti da EP afferenti presso l'Ambulatorio di Urologia dell'AOUP "Paolo Giaccone" di Palermo.

2.Obiettivi

L'obiettivo primario della ricerca è stato quello di confrontare differenti tipologie di trattamento – medico, psicologico ed integrato in gruppi di pazienti affetti da EP rilevando l'efficacia in termini di aumento del tempo di latenza eiaculatoria intravaginale (IELT), di riduzione della sintomatologia di tipo ansioso correlata alla patologia e di generale miglioramento dell'EP.

Gli obiettivi secondari miravano all'implementazione di capacità psicologiche favorevoli la gestione del disturbo: imparare a gestire il momento dell'eiaculazione, acquisire il controllo eiaculatorio, elaborare l'ansia, rieducazione psicosessuologica,

migliorare la relazione di coppia, aumento di compliance al trattamento medico e di comportamenti rivolti alla salute, ritorno ad un funzionamento “normale”.

3. Materiali e Metodi

Nel periodo da gennaio a dicembre 2012 la popolazione afferta presso l’Ambulatorio di Urologia dell’AOUP “Paolo Giaccone” di Palermo è stata sottoposta a screening, per un totale di 1110 pazienti uomini con patologie di natura urologica, uro-oncologica e/o andrologica. Da questa popolazione è stato selezionato un primo campione di 540 pazienti che riferivano genericamente EP e dal quale è stato a sua volta individuato il Campione Generale arruolabile di 270 pazienti di sesso maschile affetti da EP di età compresa tra i 18 ed i 70 anni, e secondo i criteri di inclusione ed esclusione riportati in **tabella I**.

CRITERI DI INCLUSIONE	CRITERI DI ESCLUSIONE
Sesso maschile	Presenza di disturbi psichici
Età compresa tra 18 e 70 anni	Malattie croniche gravi
Diagnosi di Eiaculazione Precoce ($IELT \leq 2\text{min}$)	Uso di sostanze stupefacenti
Premature Ejaculation Diagnostic Tool (PEDT) ≥ 9	Abuso di alcool.
State Trait Anxiety Inventory (STAI-Y) ≥ 40	

Tabella I: Criteri di Inclusione ed Esclusione

Il Campione arruolabile di 270 pazienti è stato valutato a livello anamnestico, clinico, laboratoristico e testistico ed i dati registrati in apposito database elettronico ed utilizzati ai soli fini di ricerca.

Il Campione è stato randomizzato casualmente, secondo ordine di arruolamento consecutivo, in tre gruppi come segue: **Gruppo A Farmaco** (90 pazienti), **Gruppo B Farmaco+Psicoterapia Gruppoanalitica** (90 pazienti), **Gruppo C - Psicoterapia Gruppoanalitica** (90 pazienti).

4. Strumenti

Per aderire al protocollo, ed in funzione del gruppo di studio, sono state spiegate le finalità della ricerca, è stato richiesto di firmare il modulo di consenso informato, compilare il questionario d'ingresso e sono stati somministrati il Premature Ejaculation Diagnostic Tool (**PEDT**) e lo State-Trait Anxiety Inventory **STAI Forma Y** appresso descritti.

Tutti gli strumenti testologici sono stati somministrati prima di iniziare qualsiasi trattamento e successivamente riutilizzati in forma di retest a conclusione del percorso terapeutico.

-Il **Questionario d'ingresso** (vedi appendice: **allegato 1**) è stato costruito ad hoc facendo riferimento ai questionari (PEDT, AIPE, MSHQ)già esistenti in letteratura

sull'EP. Esso è volto ad acquisire informazioni sull'età del paziente, il livello d'istruzione, lo stato civile, la prole, la professione, ma soprattutto l'attuale relazione sentimentale, l'anamnesi familiare, l'anamnesi patologica ed i disturbi sia della sfera urologica sia della sfera sessuale.

-Il Premature Ejaculation Diagnostic Tool (**PEDT**) di Tara Symonds ed altri (vedi appendice: **allegato 2**) è un questionario di autovalutazione sull'eiaculazione e sulla QoL del paziente, articolato in 5 domande: le prime tre riguardano l'eiaculazione mentre le altre due indagano l'influenza del disturbo sulla QoL. Nel test, di rapida somministrazione, si chiede al paziente di compilare il questionario indicando di barrare la risposta che più corrisponde alla propria condizione. Il punteggio ≤ 8 è interpretabile come assenza di EP; punteggi compresi da 9 a 10 indicano probabile EP, mentre punteggi ≥ 11 indicano presenza di EP e sofferenza psichica, come descritto in **tabella II**.

PEDT
≤ 8= assenza di EP
9-10=probabile EP
≥ 11=presenza di EP e sofferenza psichica

Tabella II: Interpretazione del test PEDT.

-Lo State-Trait Anxiety Inventory **STAI Forma Y** (Spielberger, Gorsuch & Lushene, 1970) (vedi appendice: **allegato 3**) è un questionario di personalità composto da due scale **STATO A** e **TRATTO A**, ciascuna articolata in 20 domande.

La **scala STATO A (ansia di stato)** valuta lo stato d'ansia quale caratteristica legata ad un particolare momento mentre la **scala TRATTO A (ansia di tratto)** indaga il tratto d'ansia come inclinazione verso uno stato generalizzato di preoccupazione, legato cioè ad un'attitudine personale nella vita quotidiana e nel “problem solving” improntata su modalità apprensive.

Nel presente protocollo di studio, il test viene utilizzato sia per rilevare e misurare l'ansia di stato e di tratto sia per verificare l'efficacia e i benefici della terapia.

I punteggi sono compresi tra 20 e 80 con un valore soglia predittivo di sintomatologia ansiosa posto intorno a 40 laddove, secondo un criterio scalare, è possibile definire il livello di gravità da 40 a 50 come forma lieve, da 50 a 60 come forma moderata, mentre i punteggi superiori a 60 indicano ansia grave.

Nella **tabella III** vengono riportati i punteggi del test.

STAI-Y
Da 40 a 50 ansia lieve
Da 50 a 60 ansia moderata
≥60 ansia grave

Tabella III Interpretazione del test STAI-Y

4.1 Metodologia statistica utilizzata

Le elaborazioni statistiche effettuate sono state eseguite con il pacchetto SPSS

versione 17.0 per Windows.

Le Variabili consideratesono state le seguenti:

-variabile between subjects il “gruppo” quale modalità di trattamento (terapia medica vs terapia medica in associazione a psicoterapia gruppoanalitica vs psicoterapia gruppoanalitica);

-variabili within subjects lo “IELT (pre e post)” ed il “PEDT (pre e post)”.

Dopo aver verificato la normalità delle distribuzioni delle suddette variabili, è stata condotta un’analisi della varianza a misure ripetute per verificare eventuali variazioni pre-post rispetto ai parametri considerati.

5. Descrizione dei gruppi

La descrizione dei gruppi di trattamento sono riepilogati in **tabella IV**.

Gruppo A Farmaco:

I 90 pazienti arruolabili avranno tutti accesso al trattamento di elezione con **Dapoxetina**. Ciascun paziente sarà seguito per un periodo di 12 settimane con 4 visite mensili (T0, T1, T2, T3) durante le quali, ove ritenuto opportuno dal medico per un migliore adattamento della terapia, si procederà ad aumentare il dosaggio della Dapoxetina da 30 mg a 60 mg o, viceversa, a sospendere la terapia nel caso di effetti

indesiderati.

Gruppo B - Farmaco+Psicoterapia Gruppoanalitica:

I 90 pazienti arruolabili, accanto alle osservazioni cliniche per il periodo di 12 settimane con visite a T0, T1, T2 e T3 che monitoreranno la somministrazione della **Dapoxetina**, affiancheranno quale strumento psicoterapeutico, a cadenza settimanale per 16 sedute totali, il “**Gruppo Omogeneo di Terapia Analitica**”. Ciascun gruppo, quale gruppo aperto, potrà andare incontro a rimodulazioni del setting, con nuove entrate e nuove dimissioni. Tale “formula”, infatti, determina che ogni nuovo ingresso di un paziente favorisce l’emersione di emozioni che ciascuno gestirà sotto la guida del conduttore.

-Gruppo C - Psicoterapia Gruppoanalitica:

I 90 pazienti arruolabili di questo gruppo, infine, saranno sottoposti al medesimo strumento psicoterapeutico individuato per il Gruppo B e secondo gli stessi criteri.

In **tabella IV** vengono riepilogati i tre gruppi di trattamento

GRUPPO	N.	TRATTAMENTO
--------	----	-------------

Gruppo A - Farmaco	90	Dapoxetina
Gruppo B – Farmaco + Psicoterapia Gruppoanalitica	90	Dapoxetina + Gruppo Omogeneo di Terapia Analitica
Gruppo C - Psicoterapia Gruppoanalitica	90	Gruppo Omogeneo di Terapia Analitica

Tabella IV: I tre gruppi A, B e C sottoposti a tre tipi differenti di trattamento

6. Risultati

6.1 Descrizione del Campione Generale

Il Campione Generale arruolabile per il trattamento, è stato costituito da 270 pazienti di sesso maschile tra i 18 e i 70 anni afferiti presso l'ambulatorio di Urologia dell'AOUP di Palermo nel corso del 2012 presentando (**figura 1**):

-il 15,5% (42 pazienti) avevano età compresa tra 18 e 30 anni; il 16,2% (44 pazienti) avevano un'età compresa tra 31 e 43 anni; il 48% (129 pazienti) avevano un'età compresa 44 e 56 anni ed infine il 20,3% (55 pazienti) avevano età compresa tra 57 e 70 anni. L'età media del campione è risultata 50 anni.

6.1.1 Anamnesi familiare

Il 22,59% dei pazienti (61) riferiva anamnesi familiare positiva per patologie neoplastiche, il 42,5% (115pazienti) riferivano anamnesi familiare positiva per diabete, il 5,18% (14 pazienti) anamnesi familiare positiva per obesità ed il 30% dei

pazienti (80) riferivano anamnesi familiare positiva per patologie cardiovascolari.

6.1.2. Status affettivo

Il 18,51% (50) dei pazienti era celibe.

Il 48,1% (130) dei pazienti era coniugato.

Il 7,4% dei pazienti (20) aveva divorziato.

L'11,1% (30) aveva una relazione stabile da circa due anni.

Quaranta (15%) non hanno dato informazioni riguardo il proprio status affettivo.

6.1.3 Stile di vita

I pazienti fumatori erano 80 (29,6%) mentre 100 (37,03%) erano gli ex-fumatori.

Per quanto concerne il consumo di alcool, 80 pazienti (29,6%) riferivano consumo di alcool prevalentemente ai pasti.

Soffrivano di obesità 10 pazienti (3,70%).

6.1.4 Patologie cardiometaboliche

I pazienti diabetici erano 41 (15,1%); di questi, 35 (12,96%) riferivano di soffrire di ipertensione. Gli ipertesi erano il 37,4% del campione (101), mentre il 34,44% pazienti (93) riferivano di soffrire di dislipidemie.

6.1.5. Patologie Neuropsichiatriche

Per quanto concerne l'area neurologica, dieci pazienti (3,70%) hanno riferito di soffrire di epilessia, centoventi pazienti (44,44%) hanno dichiarato di soffrire di emicrania e quaranta (14,81%)_avevano una storia positiva per ictus.

Il 33,3% dei pazienti (90) riferiva ansia mentre il 3,70% dei pazienti (10) dichiarava di soffrire di depressione, ma nessuno dei pazienti era in trattamento farmacologico.

6.1.6 Patologie Urologiche e Andrologiche

Il 48% dei pazienti riferiva di essere affetto da IPB manifestava LUTS. Il 37% dei pazienti riferiva storia di prostatiti ricorrenti.

Il deficit erettile era presente nel 55,55% del campione (150). Venti pazienti (7,4%) riferivano di soffrire, o di essere stati operati per, Induratio Penis Plastica, il 29,62% (80) di varicocele, il 7,4% (20) era la percentuale dei pazienti con frenulo corto ed il 26% dei pazienti (70) lamentava calo della libido.

6.1.7 Classificazione dell'EP

Sulla base dell' assunto secondo cui l'EP viene definita in funzione dell'epoca di insorgenza in EP primitiva (lifelong) ed EP secondaria (acquired)_è risultato che il 60,37% del campione(163) era affetto da EP acquisita (secondaria), ed il 40% dei pazienti (107) era affetto da EP lifelong (primitiva).

EP Lifelong (primitiva)	163 (60,3%)
EP Acquisita (secondaria)	107 (40%)
Totale	270

Tab. V Tipologia di EP nel campione generale

Secondo la classificazione della Kaplan, centoventi (44,44%) presentavano EP grave (entro 15 sec), cento (37,03%) pazienti EP moderata, i restanti 50 (18,51%) presentavano EP di grado lieve.

7. Risultati nei tre gruppi di ricerca

Di seguito verranno riportati i risultati ottenuti dai tre gruppi A, B e C, mentre in un capitolo a parte illustreremo l'esperienza clinica di Gruppo Omogeneo di Terapia Analitica come strumento di cambiamento in un quadro di EP.

Dei 270 pazienti arruolabili, centoventi (45%) non hanno aderito allo studio, come indicato in **tabella VI** dove vengono descritti i tre gruppi di ricerca arruolati.

I risultati allo IELT, al PEDT ed allo STAI-Y dei tre gruppi nel pre e nel post trattamento appresso descritti sono riepilogati in tabella VII e nei **grafici 2 e 3**.

GRUPPO	N.	ETA'MEDIA	TRATTAMENTO
Gruppo A - Farmaco	60	50 (range 20-68)	Dapoxetina
Gruppo B – Farmaco + Psicoterapia Gruppoanalitica	60	50 (range 20-68)	Dapoxetina + Gruppo Omogeneo di Terapia Analitica
Gruppo C - Psicoterapia Gruppoanalitica	30	37 (range 20-68)	Gruppo Omogeneo di Terapia Analitica

Tab. VI: Descrizione dei tre gruppi di ricerca

● Per quanto riguarda i risultati del **Gruppo A -Trattamento Farmacologico con Dapoxetina**, dei 90 pazienti arruolabili, 60 hanno aderito al protocollo. L'età media di questi pazienti è 50 anni, con range 20-68.

Nel pre-trattamento: lo IELT medio è risultato di 79,75 sec (range 15 sec–120 sec); il punteggio medio al PEDT è risultato 15,95 evidenziando mediamente presenza di EP grave; il punteggio medio allo STAI STATO A di 63,41 e TRATTO A di 70,75 evidenziando in entrambe le scale presenza di ansia grave.

Nel post trattamento: lo IELT medio è stato di 203 sec; il punteggio medio al PEDT di 8,26 (assenza di EP); il punteggio medio allo STAI STATO A è di 46,7 (ansia

lieve) e al TRATTO A è di 69,31.

Nel 21,6% dei pazienti(13), tutti i parametri considerati pre e post trattamento (IELT, PEDT E STAI Forma Y) hanno mostrato un miglioramento significativo del quadro clinico ($p \leq 0,001$).

●Per quanto riguarda i risultati del **Gruppo B - Farmaco+Psicoterapia Gruppoanalitica**, dei 90 pazienti arruolabili, 60 hanno aderito al protocollo. L'età media di questo gruppo è risultata 50 anni, con range 20-68.

Nel pre-trattamento: lo IELT medio è risultato di 74,25 sec (range 15 sec–120 sec); il punteggio medio al PEDT è risultato 16 (indicativo di EP grave) ed il punteggio medio allo STAI STATO A di 61,78 (ansia grave) e STAI TRATTO A di 75,51.

Nel post trattamento: lo IELT medio è stato di 600 sec.(10 minuti); il punteggio medio al PEDT di 3,3 (assenza di EP). Il punteggio medio allo STAI STATO A di 39,3 (assenza di ansia) e STAI TRATTO A di 74,66.

Nella totalità dei pazienti, tutti i parametri considerati pre e post-trattamento (IELT,PEDT,STAI Forma Y) hanno mostrato un miglioramento significativo del quadro clinico ($p \leq 0,001$).

●Per quanto riguarda i risultati del **Gruppo C -Psicoterapia Gruppoanalitica**, dei

90 pazienti arruolabili, 30 hanno aderito al protocollo. L'età media dei pazienti è 37 anni, range 20-68.

Nel pre-trattamento: lo IELT medio è risultato di 75 sec (range 15 sec–120 sec); il punteggio medio al PEDT è risultato 15,7 (EP grave); il punteggio medio allo STAI STATO A di 53,13 (ansia moderata) e TRATTO A di 78,63.

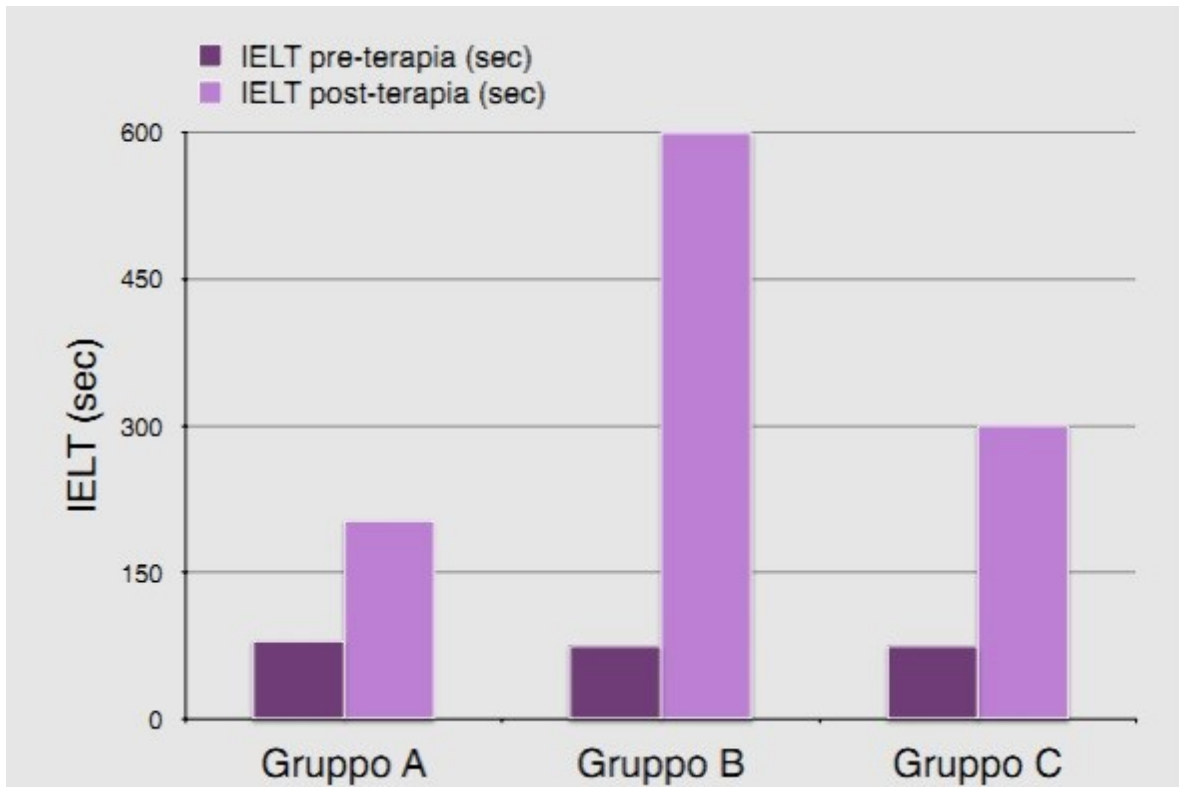
Nel post trattamento lo IELT medio è stato di 300 sec, il punteggio medio al PEDT di 4,03(assenza di EP) ed il punteggio medio allo STAI STATO A di 39,13 (assenza di ansia), e TRATTO A di 76,56.

Nel 50% dei pazienti, tutti i parametri considerati pre e post trattamento (IELT,PEDT,STAI Forma Y) hanno mostrato un miglioramento significativo del quadro clinico. ($p \leq 0,001$).

Tab. VII: Punteggi medi ai test pre e post trattamento nei tre Gruppi di ricerca

Gruppo A	Pre-trattamento (punteggi medi)	Post-trattamento (punteggi medi)
IELT	79,75 sec.	203 sec.
PEDT	15,95	8,26
STAI STATO A	63,41	46,7
STAI TRATTO A	70,75	69,31
Gruppo B	Pre-trattamento (punteggi medi)	Post-trattamento (punteggi medi)
IELT	74,25 sec.	600 sec.
PEDT	16	3,3

STAI STATO A	61,78	39,3
STAI TRATTO A	75,51	74,66
Gruppo C	Pre-trattamento	Post-trattamento
	(punteggi medi)	(punteggi medi)
IELT	75 sec.	300 sec.
PEDT	15,7	4,03
STAI STATO A	56,13	39,13
STAI TRATTO A	78,63	76,56



Graf. 2: Variazioni dello **IELT** prima e dopo la terapia nei 3 gruppi

Graf.3 Variazioni del **PEDT** prima e dopo la terapia nei 3 gruppi studiati.

7.1 Analisi statistica dei risultati ottenuti

I risultati, statisticamente significativi (≤ 0.001), sono stati ottenuti tramite i metodi statistici di analisi della varianza a misure ripetute; tramite test delle variabili *between subjects*: “gruppo”; e tramite test delle variabili *within subjects*: “IELT (pre e post)” e “PEDT (pre e post)”.

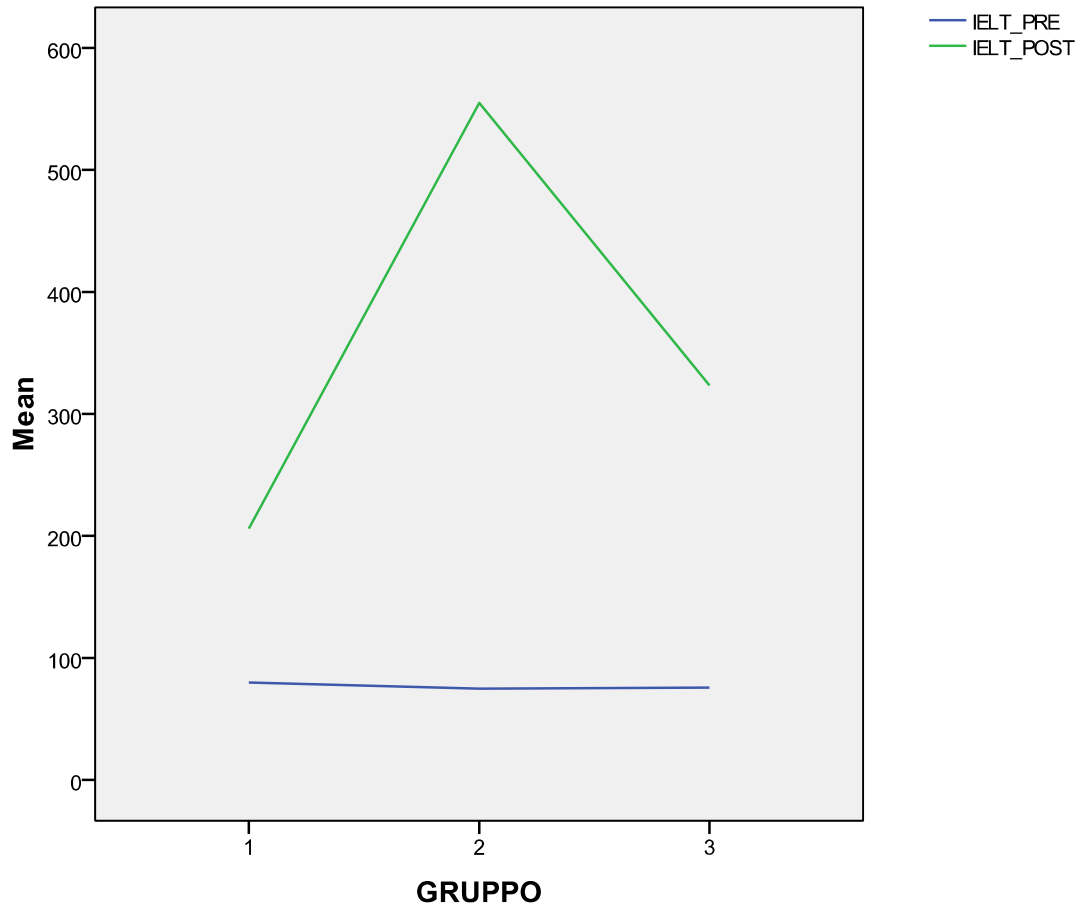
Tests of Within-Subjects Effects

Source		F	
IELT	Sphericity Assumed	640,872	,000
	Greenhouse-Geisser	640,872	,000
	Huynh-Feldt	640,872	,000
	Lower-bound	640,872	,000
IELT * GRUPPO	Sphericity Assumed	50,601	,000
	Greenhouse-Geisser	50,601	,000
	Huynh-Feldt	50,601	,000
	Lower-bound	50,601	,000
pedt	Sphericity Assumed	354,174	,000
	Greenhouse-Geisser	354,174	,000
	Huynh-Feldt	354,174	,000
	Lower-bound	354,174	,000
pedt * GRUPPO	Sphericity Assumed	65,648	,000
	Greenhouse-Geisser	65,648	,000
	Huynh-Feldt	65,648	,000
	Lower-bound	65,648	,000
IELT * pedt	Sphericity Assumed	418,301	,000
	Greenhouse-Geisser	418,301	,000
	Huynh-Feldt	418,301	,000
	Lower-bound	418,301	,000
IELT * pedt * GRUPPO	Sphericity Assumed	69,386	,000

**Tests of
Between-
Subjects
Effects**

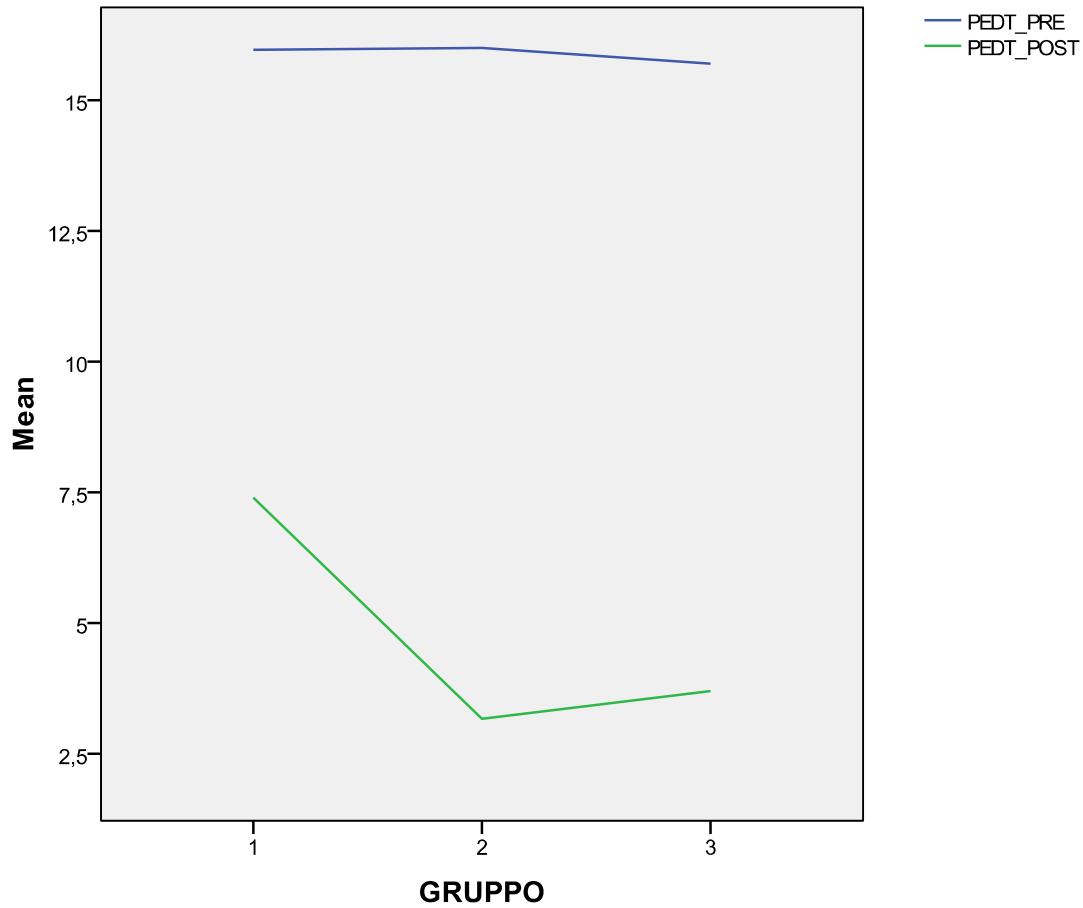
Source	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Intercept	7105493,001	1	7105493,001	774,285	,000
GRUPPO	888481,703	2	444240,851	48,409	,000
Error	1348995,846	147	9176,842		

In particolare si evince (**Graf. 4**) che, per quanto concerne lo **IELT**, si è riscontrato un significativo incremento del tempo di latenza nel post trattamento in tutti e tre i gruppi, ma che nel gruppo B tale incremento è significativamente maggiore rispetto a quanto riscontrato nei gruppi A e C.



Graf. 4: IELTS nei tre gruppi.

Per quanto concerne il **PEDT**, (**Graf. 5**) si ottiene un significativo decremento dei punteggi post trattamento in tutti i gruppi, ma nel gruppo B tale decremento è significativamente maggiore se confrontato con i gruppi A e C.



Graf. 5: PEDT nei tre gruppi.

L'analisi statistica dei dati ricavati dalla somministrazione dello **STAI**: scale **STATO A** e **TRATTO A** per la valutazione dei sintomi ansiosi ha riportato i seguenti risultati:

Gruppo A Farmaco

● **Pre-trattamento** la media dei punteggi della scala per l'ansia di stato è di 63,41 punti T ($\pm DS=8,16$) da un minimo di 44 punti T ad un massimo di 76 punti T. 70,75 T ($\pm DS=7,10$) è il valore medio riscontrato nella misurazione dell'ansia di tratto, con punteggi che vanno da un minimo di 57 ad un massimo 85;

● **Post-trattamento** la media dei punteggi della scala per l'ansia di stato è di 46,7 punti T. ($\pm DS=5.89$) da un minimo di 35 punti T ad un massimo di 60 punti T. 69,31 punti T ($\pm DS=7.07$) è il valore medio riscontrato nella misurazione dell'ansia di tratto, con punteggi che vanno da un minimo di 50 ad un massimo 85.

Gruppo B Farmaco+Psicoterapia Gruppoanalitica

● **Pre-trattamento** la media dei punteggi della scala per l'ansia di stato è di 61,78 punti T ($\pm DS=9.4$) da un minimo di 47 punti T ad un massimo di 81 punti T. 75,51 T ($\pm DS=6.8$) è il valore medio riscontrato nella misurazione dell'ansia di tratto, con punteggi che vanno da un minimo di 60 ad un massimo 85;

● **Post-trattamento** la media dei punteggi della scala per l'ansia di stato è di 39,3 punti T. ($\pm DS=2.13$) da un minimo di 34 punti T ad un massimo di 50 punti T. 74,66 punti T ($\pm DS=6.49$) è il valore medio riscontrato nella misurazione dell'ansia di tratto, con punteggi che vanno da un minimo di 60 ad un massimo 85.

Gruppo C Psicoterapia Gruppoanalitica

● **Pre-trattamento** la media dei punteggi della scala per l'ansia di stato è di 56,13 punti T ($\pm DS=7.56$) da un minimo di 47 punti T ad un massimo di 70 punti T. 78,63 T ($\pm DS=7.67$) è il valore medio riscontrato nella misurazione dell'ansia di tratto, con punteggi che vanno da un minimo di 60 ad un massimo 90;

● **Post-trattamento** la media dei punteggi della scala per l'ansia di stato è di 39,13 punti T. ($\pm DS=2.99$) da un minimo di 35 punti T ad un massimo di 50 punti T. 76,56 punti T ($\pm DS=7.71$) è il valore medio riscontrato nella misurazione dell'ansia di tratto, con punteggi che vanno da un minimo di 60 ad un massimo 90.

Dai risultati ottenuti si evince che la terapia ha agito in modo significativo sull'ansia di stato dei pazienti di tutti e tre i gruppi.

Nella **Tabella VIII** vengono riportati i punteggi dei tre gruppi per la scala **STAI STATO A** e **TRATTO A** pre e post trattamento a confronto.

Gruppo A	Pre-trattamento	Post-trattamento
Stai-Stato A Punti T	63,41 \pm 8,16DS	46,7 \pm 5,89DS
Stai-Tratto A Punti T	70,75 \pm 7,10DS	69,31 \pm 7,07DS
Gruppo B	Pretrattamento	Posttrattamento
Stai-Stato A Punti T	61,78 \pm 9,4DS	39,3 \pm 2,13DS
Stai-Tratta A Punti T	75,51 \pm 6,8DS	74,66 \pm 6,49DS
Gruppo C	Pretrattamento	Pretrattamento

Stai-Stato A Punti T	56,13±7,56DS	39,13±2,99DS
Stai-Tratto A Punti T	78,63±7,67DS	76,56±7,71DS

Tab. VIII: Risultati pre e post trattamento allo STAI-Y nei tre gruppi di ricerca.

Concludendo, tutti e tre i gruppi in studio hanno tratto beneficio dalle terapie impiegate. Il trattamento che ha riscontrato i maggiori benefici è quello derivante dall'integrazione del farmaco con la terapia psicologica.

PARTE V-REPORT DI UN GRUPPO DI TERAPIA ANALITICA

Illustrazione clinica di un gruppo omogeneo di terapia analitica come strumento di cambiamento in un quadro di EP.

1 Introduzione

Una nota a parte merita il lavoro psicologico svolto nel progetto. Rifacendoci alla teoria gruppoanalitica quale chiave di lettura del lavoro oggetto di ricerca, si è già detto del gruppo omogeneo quale tecnica di trattamento psicologico. Il lavoro si è proposto di valutare e, quindi dimostrare, l'efficacia della psicoterapia gruppoanalitica con una categoria di pazienti storicamente considerati, dallo stesso Foulkes, "poco idonei" alla psicoterapia, i pazienti con disturbi sessuali.

Il lavoro appresso presentato ripercorre le tappe più significative di un *gruppo*

istituzionale realizzato all'interno di un servizio di urologia di un ospedale in cui il sintomo preponderante che rendeva il *gruppo omogeneo* era il significativo disturbo sessuale dell'*ejaculazione precoce*. All'interno di un preciso dispositivo gruppale è stato possibile visualizzare quei nodi dolorosi propri delle storie individuali ma che grazie ad una nascente matrice di *gruppo*, è stato possibile pensare e tollerare.

Infine i diversi strumenti utilizzati all'interno delle fasi del percorso gruppale hanno messo in evidenza i cambiamenti avvenuti grazie all'attivazione di quei fattori terapeutici specie-specifici della gruppoanalisi.

In letteratura si è osservato come la psicoterapia aiuti la persona con problemi sessuali a superare i suoi conflitti passati irrisolti, a gestire gli insuccessi, sentimenti di inadeguatezza, vergogna e solitudine, a riconoscere le proprie risorse interiori e soprattutto ad adattarsi al presente. I pazienti raccontando la propria vita, narrano del Sé. Tale narrazione può essere favorita maggiormente in un intervento di *gruppo*, all'interno del quale il paziente vive un rapporto terapeutico fondato non solo sulla relazione empatica con il terapeuta, ma anche con gli altri membri e con il *gruppo* nel suo insieme. Il *gruppo* cioè si costituisce come "luogo" nel quale è possibile "dar voce" alla propria sofferenza e trovare sostegno e condivisione.

Il fine ultimo della terapia gruppoanalitica consiste nell'aiutare il paziente a verbalizzare il conflitto, a tradurre il suo sintomo in un medium sociale, il linguaggio, rendendolo in tal modo accessibile alla rete. Questo lavoro sulla comunicazione è poi la base operativa di ogni terapia di *gruppo*. Foulkes ha assegnato alla comunicazione

un ruolo chiave nella sua teoria dei *gruppi*. Il *gruppo* stesso può essere considerato un campo comunicativo e gli individui sono i punti nodali di questa rete. In quest'ottica, la cattiva salute viene considerata un blocco nel libero flusso della comunicazione; la terapia il fattore che può liberare questo blocco; la salute una comunicazione che fluisce.

2. Storia del gruppo

Lo studio qui riportato è stato svolto utilizzando un Set(ting)¹ di tipo gruppale mediano, con cadenza settimanale di tre ore per ciascun incontro, per un periodo complessivo di osservazione di 16 sedute (4 mesi). Al *gruppo* hanno partecipato pazienti di età compresa tra 20 e 68 anni e le sedute hanno avuto luogo presso l'Ambulatorio di Urologia del Policlinico di Palermo. Il *gruppo*, formato da 10 pazienti di età compresa tra i 21 e 68 anni, risulta omogeneo per sesso (*gruppo maschile*), e relativamente al titolo di studio, tutti i soggetti sono in possesso del Diploma di Scuola Media Inferiore.

¹ **Set(ting)**: organizzatore psichico di carattere transpersonale, campo mentale condiviso che consente di pensare i fenomeni e i sintomi e di dare significato ad essi e di creare nuove connessioni e relazioni (Lo Verso G., 1994).

In particolare si intende: "Set" il contesto organizzativo della *situazione terapeutica* (spazi, tempi, numero delle sedute, numero degli utenti...); "Setting" l'impianto teorico, la teoria della tecnica, le caratteristiche di personalità, la formazione, l'appartenenza, i valori, le motivazioni...del/i terapeuta/i; e infine "Se(ting)" il *campo esperienziale* fondato

sul Set e sul Setting e attraversato *dall'area dell'utenza; dell'eventuale utenza/referenti esterni e dell'area del sociale* (Giannone F., Lo Verso G., 2003).

Obiettivo del *gruppo* è la guarigione dell'EP attraverso un lavoro trasformativo delle modalità relazionali che generano sofferenza psichica e che sottostanno al sintomo. Il *gruppo* che guarisce, a differenza di quello che cura, è un gruppo che si compromette dato che è solo così che riesce a cambiare le persone che cura; dando spazio e tempo agli sviluppi comunitari ed alla crescita personale anche dopo l'intervento.

Si è scelto di configurare tale esperienza grupale come "*gruppo semiaperto*" con la possibilità di essere riformato dopo abbandoni oppure di favorire nuovi ingressi. Tale scelta non ha avuto ripercussioni dannose ai fini della coesione e dello sviluppo del *gruppo* stesso.

Il *gruppo* è stato condotto da chi scrive, terapeuta gruppoanalista.

In psicoterapia, il cambiamento terapeutico non si identifica tout court con il miglioramento sintomatico, come per larga parte della ricerca psichiatrica e di quella psicoterapeutica che mutua modelli di cura "medici" per le terapie psicodinamiche, obiettivo del trattamento è, oltre alla cessazione del comportamento sintomatico, una modificazione delle modalità relazionali e della struttura di personalità o degli aspetti psicopatologici interni del paziente.

Durante i primi incontri è emerso come vissuto pregnante un grande senso di inadeguatezza, vergogna e solitudine.

Francesco aa 61, racconta chi è, cosa fa nella vita e solo dopo alcuni minuti tocca il problema dell'EP ci soffre da qualche anno, lo IELT è 10 sec. e parla del suo senso di vergogna e di solitudine. Si accontenterebbe di *funzionare* anche una volta a settimana, *forse è una questione di usura?*

Giuseppe T., aa 48 da un anno circa soffre di EP, lo IELT è 10 sec., dice di provare vergogna, rabbia e di sentirsi impreparato perché il sesso per lui è sempre stato un cavallo di battaglia.

Giuseppe B., aa 32, riferisce di soffrire da 8 anni di EP, IELT 60 sec. Ho tante difficoltà con mia moglie. Dice di sentirsi parecchio ansioso e inadeguato.

Stefano aa 31, soffre di EP da sempre, lo è IELT 12 sec. dice *non parlo mai dei problemi sessuali perché mi vergogno e mi fanno sentire handicappato*. Riferisce un grande dolore quando eiacula, ha avuto pochissime relazioni ed attualmente non ha una partner.

Giammarco aa 22, soffre di EP da un anno, da quando è fidanzato, lo IELT è 30 sec. è timidissimo, imbarazzatissimo e vergognatissimo sollecitato dalla ragazza decide di affrontare per la prima volta il problema dell'EP.

Fabrizio aa 41 dice di avere l'EP da circa due anni da quando ha perso il lavoro, lo IELT è 60 sec. Si sente inadeguato evita i rapporti sessuali, è ansioso, molto preoccupato che la moglie possa tradirlo; sovente ha umore deflesso e dimentica tutto.

Giuseppe P. aa. 41, soffre di EP da quando è nata sua figlia e cioè da 3 anni, lo IELT è 30 sec. il tutto è peggiorato con la disoccupazione. E' parecchio preoccupato e ansioso di risolvere il suo problema.

Andrea, 20 anni, soffre di EP da due anni da quando è fidanzato, lo IELT è 70 sec. Ogni qualvolta ha un rapporto con la sua ragazza è preoccupato ed imbarazzato. Si sente molto solo.

Giacomo aa 57 soffre di EP da cinque anni, lo IELT è 60 sec., a suo parere il disturbo ha una causa psicologica anche perché, a suo dire, quando è in sintonia con la moglie i tempi dell'eiaculazione si allungano. C'è sempre la preoccupazione di appagare la partner, ci si sente inadeguati e si evita il contatto.

Domenico aa 68 ha avuto una precedente prostatite ormai curata, soffre di EP da qualche anno, lo IELT è 30 sec. e prova un grande senso di vergogna ed imbarazzo nei confronti della moglie.

Nei gruppi il cambiamento del quadro clinico della EP è avvenuto grazie all'attivazione dei fattori terapeutico-trasformativi gruppoanalitici. Nella fattispecie, nel corso delle sedute sono stati rilevati fenomeni di gruppo quali il rispecchiamento, la socializzazione del linguaggio, l'accettazione delle differenze, l'associazione libera ed il feed-back; episodi di gruppo quali silenzi, dipendenza e risonanza e meccanismi di difesa quali l'accoppiamento, la fuga nel passato e la razionalizzazione. Fattori terapeutici quali la condivisione del disturbo sessuale e l'universalizzazione hanno agevolato, sicuramente, il processo terapeutico ed i vissuti sono stati tra i più svariati: sensi di colpa, frustrazione, bassa autostima, ansia, stress, depressione, rabbia, disperazione, impotenza e rassegnazione; vissuti che però nel gruppo hanno trovato un luogo in cui potere esistere. Attraverso la terapia di gruppo i pazienti sono stati capaci di trasformare il sintomo EP in un problema finalmente comunicabile, rendendo parlabile l'indicibile e dando un senso all'EP: l'accettazione da parte dei pazienti della disfunzione ha avuto riscontro in un maggiore adattamento e miglioramento del disturbo, con miglioramento della qualità della vita, manifestata

spesso attraverso una riapertura relazionale, come peraltro espresso dagli stessi pazienti. In gruppo sono stati affrontate paure, angosce e frustrazioni con alcuni risvolti individuali anche significativi. Gli obiettivi erano precisi quali l'aumento di compliance al trattamento medico e di comportamenti rivolti alla salute, rieducazione psicosessuologica, possibilità di condivisione e di dar voce alla sofferenza e solitudine, elaborazione dell'ansia, accettazione del problema e adattamento ad esso, miglioramento del problema e della qualità della vita, apertura relazionale, recupero della speranza.

Alcuni concetti, inoltre, hanno avuto nella loro espressività una connotazione tipicamente grupppale, nel senso che sul piano individuale non avrebbero avuto i tempi di espressione che sono stati invece osservati con questo tipo di metodologia. (Scocco et altri (2001:158). E si è osservato come l'interagire dei vari componenti, la certezza di essere compresi senza essere giudicati, la possibilità di esprimere la propria affettività all'interno di un setting tutelante ha permesso il fluire di emozioni che risuonavano in contemporaneità, come *in un concerto di solisti che insieme producevano una musica rappresentativa della storia di qualcuno* (Foulkes, 1978:96). E' infatti come se, nell'interagire dell'esperienze di ciascuno, ciò che prima era vissuto con una connotazione di eccezionalità assumesse nel "qui ed ora" una connotazione di normalità, permettendo all'io di gestire quelle emergenze conflittuali del gruppo che prima alimentavano i disequilibri emotivi precedentemente evidenziati (Lo Verso, Federico, 1991:17). Inoltre, per la maggioranza dei

partecipanti il gruppo ha rappresentato un terreno abbastanza sicuro da potere affrontare e superare crisi serie senza essere costretti a ricorrere a sedute individuali complementari.

Attraverso il fattore terapeutico della *condivisione* la maggior parte dei pazienti ha potuto parlare della sofferenza provocata dall'EP, uscire dalla solitudine ed elaborare l'ansia generata dalla sessualità. La condivisione del disturbo sessuale e l'*universalizzazione* hanno agevolato il processo terapeutico e le emozioni di ciascuno hanno trovato un luogo in cui esistere.

Come per *Francesco* che dopo 51 anni rivela l'abuso subito durante l'infanzia, da una vicina di casa. Quando un membro del gruppo riesce a richiamare alla memoria episodi dolorosi della propria vita, insieme alle emozioni associate, altri partecipanti attraverso il fattore terapeutico che Foulkes ha chiamato "*risonanza*", recuperano simili esperienze. Il discorso dell'altro risuona e fa rivivere i propri problemi. E' proprio il caso di *Giacomo* che recupera la sua storia di abuso. *Risonanza* e *rispecchiamento (mirroring)* nell'osservazione del *gruppo* sono il cuore e la sostanza della relazione.

Con il procedere della terapia, i membri del *gruppo* hanno scoperto di avere bisogno l'uno dell'altro: si ascoltano e si sostengono a vicenda.

Grazie al *sostegno di gruppo*, un altro fattore terapeutico importantissimo, *Giuseppe T* e *Giuseppe B* riescono a parlare del tradimento delle mogli; *Andrea*

dell'omosessualità del fratello, *Stefano* della sua eccessiva emotività ed inibizione; *Fabrizio e Giuseppe P.* del dolore per la perdita del lavoro, dell'ansia e dello stress.

La terapia di *gruppo* ha liberato i pazienti dai loro blocchi. La cura è stata l'offerta di una relazione. Quest'ultima ha aiutato i pazienti a trovare le parole per raccontare ed elaborare i pensieri, i bisogni del corpo, i conflitti e le paure. Conflitti e paure che se non elaborate si trasformano in sintomi e "misteriose" malattie del corpo come ad esempio l'EP.

Il *gruppo* ha dato a ciascun paziente la possibilità di "pensarsi in modo diverso" o "semplicemente pensarsi", si è rivelato un campo comunicativo e gli individui i punti nodali di questa rete. La terapia ha sbloccato la comunicazione, è quindi lo scopo è stato raggiunto attraverso la promozione dell'adattamento e la facilitazione dell'insight.

Nel trattamento dell'EP la terapia gruppoanalitica si è dimostrata efficace con aumento significativo dello IELT, punteggi al PEDT rientranti nel range di "normalità" e riduzione dell'ansia al post trattamento. In tutti i pazienti del *gruppo omogeneo* (100%) si è riscontrato un indice di guarigione dell'EP.

Al follow up, a distanza di 6 mesi, a *Giuseppe B.*, che era prossimo alla separazione, è nato un terzo figlio, *Stefano* che, a causa di emotività ed inibizione, non aveva mai avuti una relazione stabile, si è sposato, *Giacomo* intraprende una nuova relazione sentimentale, *Francesco* dopo avere rivelato l'abuso subito è rinato a nuova vita,

Giuseppe P. trova il coraggio di aprire un'officina, *Fabrizio* fa finalmente progetti di lavoro con un amico di famiglia ed infine *Andrea e Giammarco* rafforzano il loro legame con la fidanzata.

Concludendo, il cambiamento dei pazienti dopo il trattamento può essere considerato positivamente; cambiamento terapeutico che è stato misurato oltre che a livello di remissione del sintomo, soprattutto come acquisizione di competenze interne e relazionali in grado di permettere una più soddisfacente qualità della vita e un aumento della capacità di mentalizzare gli eventi.

Riteniamo un successo terapeutico il fatto che alcuni pazienti abbiano raggiunto un livello di qualità della vita considerato da loro accettabile, al punto di considerare conclusa la terapia, e che altri abbiano invece deciso di proseguire, in vario modo, il proprio percorso analitico.

Rispetto all'andamento del gruppo nel suo insieme, ci sembra di potere affermare che ciascun paziente ha tratto dal processo di gruppo dei benefici in modi e tempi differenti e che queste differenze possono essere comprese soltanto all'interno di una lettura più complessa, ma che apre spunti di riflessione interessanti.

3. Discussione e conclusioni

Il tempo presente vede una convergenza sempre più produttiva fra i due tradizionali interventi, quello che ha come fattore terapeutico la psiche e quello che ha come

fattore terapeutico il farmaco.

E' ben vero che ogni tanto si hanno tentativi di riduzionismo (sull'uno e sull'altro versante, più spesso in direzione biologica e quindi biochimica), ma il più delle volte sono mosse ideologiche e non scientifiche.

Nonostante i paradossi e i problemi (GAP-Group for the Advancement of Psychiatry, 1975), la modalità operativa che prevede terapie combinate (Del Corno, Lang e Taidelli, 1986) suscita nel panorama scientifico sempre minori perplessità e resistenze, e l'integrazione collaborativa tra farmacoterapia e psicoterapia costituisce un innegabile progresso della clinica.

L'EP è una disfunzione complessa e multifattoriale che non può prescindere da un approccio multidisciplinare: viste le notevoli implicazioni psicologiche, sia come concausa dell'EP che come conseguenza del disturbo, un trattamento psicoterapeutico, anche qualora venga privilegiata la terapia farmacologica, può ridurre eventuali possibili ricadute e migliorare il benessere e la soddisfazione sessuale della coppia (Rowland et al., 2010).

La psicoterapia agisce sul controllo eiaculatorio aiutando l'uomo e quindi la coppia ad imparare a controllare e ritardare l'eiaculazione, ad incrementare la confidenza nelle performance sessuali, a diminuire l'ansia da prestazione, a modificare rigidi repertori sessuali, a risolvere problemi di coppia che fungono quali fattori precipitanti o mantenenti della disfunzione, a migliorare la comunicazione ed a riflettere sulle

emozioni che possono interferire col funzionamento sessuale (Rowland et al., 2010).

Un programma di trattamento per avere successo, deve prendere in considerazione tutti i fattori rilevanti ed includere anche alcune strategie per fronteggiare le eventuali ricadute. La sfida consiste nel riuscire ad affrontare e risolvere questo problema complesso, multicausale e multidimensionale e la buona notizia è che questo fenomeno può essere compreso e risolto.

L'esperienza di collaborazione tra andrologo e psicoterapeuta, presso la struttura di urologia del Policlinico di Palermo qui sintetizzata, conferma l'utilità assoluta di tale approccio integrato, del quale beneficia non soltanto il soggetto interessato ma anche gli operatori stessi (urologo e psicoterapeuta) che hanno così certezza di ottimizzare il proprio intervento assistenziale sin dall'approccio anamnestico col paziente. Il disturbo va indagato con domande chiare e specifiche così da identificare quei pazienti che, per imbarazzo o scarsa informazione, normalmente sfuggono alla diagnosi. Sembra cioè opportuno che oltre allo IELT, la definizione dell'EP faccia riferimento anche a parametri psicologici che permettano di dare valore sia ai sintomi fisici sia al disagio psicologico dei pazienti che soffrono di EP.

Ci preme sottolineare come i dati ottenuti tramite il nostro studio non sarebbero emersi se non si fosse indagato in maniera diretta e puntuale sull'EP, anche grazie questionari appositamente costruiti. Esiste infatti, una forte reticenza da parte dei pazienti ad esporre il problema al medico, ma nella nostra esperienza abbiamo potuto constatare che, se guidati durante l'anamnesi, gli stessi pazienti si rivelano aperti e

disponibili ad affrontare l'argomento e molti accettano di buon grado le alternative terapeutiche, siano esse farmacologiche e/o psicologiche prospettate loro.

Concludendo, per quanto concerne il **trattamento farmacologico (Gruppo A - Farmaco)** si è riscontrata una efficacia della **Dapoxetina** nel 21,6% dei casi. Inoltre, gli effetti collaterali si sono presentati esclusivamente in corrispondenza della prima assunzione. E' bene sottolineare come la scarsa rilevanza degli effetti collaterali è stata frutto di più fattori: anzitutto dovuta alla ristrettezza dei criteri di inclusione/esclusione al campione; all'attenta spiegazione circa le modalità di somministrazione del farmaco, riducendo la comparsa di effetti collaterali, e ad un' adeguata informazione al paziente circa tipologia e management dei medesimi.

Ottimi i risultati del **trattamento integrato (Gruppo B - Farmaco+Psicoterapia Gruppoanalitica)** dove si è riscontrato un beneficio nel 100% dei casi. In particolare, le sedute di **Gruppo Omogeneo di Terapia Analitica** sono state utili non solo per il miglioramento del morale dei pazienti e per il decorso del disturbo, aumentando negli stessi autostima e fiducia in sé, ma anche per avere migliorato la relazione di coppia e l'autoconoscenza corporea, per aver modificato convinzioni errate e miti sulla sessualità, per avere ridotto l'ansia e lo stress ed infine per aver sciolto le resistenze nei confronti dei farmaci ed averli presi in considerazione.

Infine, i pazienti sottoposti al solo **trattamento psicoterapico gruppale (Gruppo C Psicoterapia Gruppoanalitica)** sono migliorati nel 50% dei casi ed hanno riportato indici di guarigione e di benessere superiori rispetto a quelli del gruppo A sottoposti

al solo metodo farmacologico.

Un futuro obiettivo dovrà essere volto a coinvolgere maggiormente quei pazienti che per natura si avvicinano con più difficoltà alla terapia, come i 120 pz non complianti che non hanno accettato di prendere parte alla ricerca né hanno accettato alcun tipo di terapia. Un'attenta anamnesi volta ad individuare quei pazienti più fragili o diffidenti, accompagnata ad un maggiore coinvolgimento e ad una valutazione psicologica degli stessi, potrebbe aumentare il numero di pazienti complianti alle terapie. Nella nostra esperienza abbiamo riscontrato che nei pazienti senza partner fisso l'occasionalità del rapporto può ridurre la compliance; ma anche nei soggetti con relazioni stabili le crisi di coppia vanno irrimediabilmente ad influire sulla compliance. E' bene dunque ricordare che l'EP stessa può essere causa e concausa di crisi di coppia motivo per cui, quando possibile, è bene coinvolgere nella terapia non solo il paziente ma anche il partner.

Appendice

Allegato 1. Questionario d'ingresso

N°

Nome e cognome
Età
Tel. Abitazione
Tel. Cellulare

1. Titolo di studio

- a. Licenza elementare
- b. Licenza media inferiore
- c. Licenza media superiore
- d. Laurea

2. Stato civile

- a. Coniugato
- b. Divorziato
- c. Separato
- d. Celibe

3. Figli: _____

4. Professione

- a. Dipendente
- b. Libero professionista
- c. Disoccupato
- d. Studente

5. Ha attualmente una relazione sentimentale stabile?

- a. Sì. Da quanto tempo?.....
- b. No.

6. Familiarità

- a). Neoplasia
- b). Diabete
- c). Obesità
- d). Malattie cardiovascolari
- e). Ansia e Depressione

7) Anamnesi fisiologica

- a) **Fumo**

Si

No

d) Consumo di alcool

Si

No

Con quale frequenza?.....

8) Anamnesi patologica

a). Diabete

b). Ipertensione

c). Obesità

d). Cardiopatia

e). Neuropatia

f). Prostatite

g). Malattie sessuali trasmissibili

h). Ansia e Depressione

i). Pregressi interventi

Si (Specificare).....

No.

l) Eventuali terapie farmacologiche (specificare).....

9) Motivo della visita

1. Disturbi urinari
2. Eiaculazione precoce
3. Disfunzione Erettile
4. Altro (specificare).....

2) PEDT

Definition: Ejaculation here refers to ejaculation (release of semen) after penetration (when your penis enters your partner)

Answer the following questions!

Q1. How difficult is it for you to delay ejaculation?

score 0 → Not Difficult at all

score 1 → Somewhat Difficult

score 2 → Moderately Difficult

score 3 → Very Difficult

score 4 → Extremely Difficult

Q2. Do you ejaculate before you want to?

score 0 → Almost never or never 0%

score 1 → Less than half the time 25%

score 2 → About half the time 50%

score 3 → More than half the time 75%

score 4 → Almost always or always 100%

Q3. Do you ejaculate with very little stimulation?

score 0 → Almost never or never 0%

score 1 → Less than half the time 25%

score 2 → About half the time 50%

score 3 → More than half the time 75%

score 4 → Almost always or always 100%

Q4. Do you feel frustrated because of ejaculating before you want to?

score 0 → Not at all

score 1 → Slightly

score 2 → Moderately

score 3 → Very

score 4 → Extremely

Q5. How concerned are you that your time to ejaculation leaves your partner sexually unfulfilled?

score 0 → Not at all

score 1 → Slightly

score 2 → Moderately

score 3 → Very

score 4 → Extremely

Clinical Interpretation

Total scores can be interpreted as follows:

Score	Interpretation
0-8	A score of 0 to 8 indicates a low likelihood of premature ejaculation (PE) .
9-10	A score of 9 or 10 indicates a probable diagnosis of premature ejaculation (PE) .
≥ 11	A score of 11 indicates diagnosis of premature ejaculation (PE) .

3) STAI State-Trait Anxiety Inventory Forma Y

Adattamento italiano a cura di Luigi Pedrabissi e Massimo Santinello

Forma STATO A

1.Mi sento calmo	1	2	3	4
2.Mi sento sicuro	1	2	3	4
3.Sono teso	1	2	3	4
4.Mi sento sotto pressione	1	2	3	4
5.Mi sento tranquillo	1	2	3	4
6.Mi sento turbato	1	2	3	4
7.Sono attualmente preoccupato per possibili disgrazie	1	2	3	4
8.Mi sento soddisfatto	1	2	3	4
9.Mi sento intimorito	1	2	3	4
10.Mi sento a mio agio	1	2	3	4
11.Mi sento sicuro di me	1	2	3	4
12.Mi sento nervoso	1	2	3	4
13.Sono agitato	1	2	3	4
14.Mi sento indeciso	1	2	3	4
15.Sono rilassato	1	2	3	4
16.Mi sento contento	1	2	3	4
17.Sono preoccupato	1	2	3	4
18.Mi sento confuso	1	2	3	4
19.Mi sento disteso	1	2	3	4
20. Mi sento bene	1	2	3	4

Forma TRATTO A

21. Mi sento bene	1	2	3	4
22. Mi sento teso e irrequieto	1	2	3	4
23. Sono soddisfatto di me stesso	1	2	3	4
24. Vorrei poter essere felice come sembrano essere gli altri	1	2	3	4
25. Mi sento un fallito	1	2	3	4
26. Mi sento riposato	1	2	3	4
27. Io sono calmo, tranquillo e padrone di me	1	2	3	4
28. Sento che le difficoltà si accumulano tanto da non poterle superare				
	1	2	3	4
29. Mi preoccupo troppo di cose che in realtà non hanno importanza				
	1	2	3	4
30. Mi sento felice	1	2	3	4
31. Mi vengono pensieri negativi	1	2	3	4
32. Manco di fiducia in me stesso	1	2	3	4
33. Mi sento sicuro	1	2	3	4
34. Prendo decisioni facilmente	1	2	3	4
35. Mi sento inadeguato	1	2	3	4
36. Sono contento	1	2	3	4
37. Pensieri di poco conto mi passano per la mente e mi infastidiscono				
	1	2	3	4
38. Vivo le delusioni con tanta partecipazione da non toglierle dalla testa				
	1	2	3	4
39. Sono una persona costante	1	2	3	4
40. Divento teso e turbato quando penso alle mie attuali preoccupazioni				
	1	2	3	4

Bibliografia

¹ International Society for Sexual Medicine's guidelines for the diagnosis and treatment of premature ejaculation. Althof, S., Abdo, C., Dean, J., Hackett, G., McCabe, M., McMahon, C. et al. (2009). <http://www.issm.info/v4/>. Accessed on 23 September 2011.

² Sexual problems and help-seeking behaviour in adults in the United Kingdom and continental Europe Moreira, E.D., Glasser, D.B., Nicolosi, A., Duarte, F.G., Gingell, C. BJU International Volume 101, Issue 8, April 2008, Pages 1005-1011.

³ Sexual problems and associated help-seeking behavior patterns: Results of a Population-based survey in france: Original article: Clinical investigations Buvat, J., Glasser, D., Neves, R.C.S., Duarte, F.G., Gingell, C., Moreira Jr., E.D.). International Journal of Urology Volume 16, Issue 7, July 2009, Pages 632-638

⁴ *Patologia e terapia del rapporto coniugale. Le insufficienze sessuali nell'uomo e nella donna.* Masters, W.H. Johnson, V.E. Trad. di A. Barone. Milano, Feltrinelli.

⁵ *The New Sex Therapy* H.S. Kaplan, . Brunner/Mazel, New York , 1974.

⁶ DSM IV TR Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, text revision 2000 , American Psychiatric Association.

⁷ International Society for Sexual Medicine's guidelines for the diagnosis and treatment of premature ejaculation. Althof, S., Abdo, C., Dean, J., Hackett, ., McCabe, M., McMahon, C. et al. (2009) <http://www.issm.info/v4/>. Accessed on 23 September 2011.

⁸ ICD-10 , 2010, WHO <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/en>

⁹ Guidelines on Male Sexual Dysfunction: Erectile Dysfunction and Premature Ejaculation 2012 Konstantinos Hatzimouratidis, Edouard Amar, Ian Eardley, Francois Giuliano, Dimitrios

Hatzichristou, Francesco Montorsi, Yoram Vardi, Eric Wespes

¹⁰ Methods of measuring Ejaculatory Latency Time, SULTANA ,Stefan, Raymond,Pfizer Global research and Development, WIPO.

¹¹ Premature ejaculation, a review of 1130 cases. Schapiro B Journal of Urology. 1943;

¹² Proposal for a definition of lifelong premature ejaculation based on epidemiological stopwatch data. Waldinger, M.D., Zwinderman, A.H., Olivier, B. & Schweitzer, D.H. J. Sex. Med. 2, 498–507 (2005).

¹³ Changing paradigms from a historical DSM III and DSM IV view toward an evidence-based definition of premature ejaculation. Part II- proposals for DSM IV and ICD-11 Waldinger MD, Schweitzer DF. Jsex med 2006 jul 693-705

¹⁴ The Premature ejaculation Prevalence and Attitudes (PEPA) survey: prevalence , comorbidities and professional help-seeking. PorstH , Montorsi ,F Rosen , RC , Gaynor L , Grupe S, Alexander J. Eur Urol 2007 Mar, 51 (83);816-23 , discussion 824 , Epub 2006 Jul 26

¹⁵ WWW.indagine doxepharma.....

¹⁶ Etiology of ejaculation and pathophysiology of premature ejaculation. Donatucci CF Division of Urology , Duke University Medical Center,Durham , J Sex Med 2006 Sep, 3 Suppl 4 ; 303-8

¹⁷ Premature ejaculation 1. definitioned etiology; Piediferro G, Colpin EM , Castiglion F, Nerva F, Asch Ital Urol Androl 2004; 76:181-7

¹⁸ Quantitative sensory testing of peripheral thresholds in patient with lifelong premature ejaculation: A case-controlled study.Salonia A, SaccaA , Briganti A , Del Carro U , Deho F ,Zabbi G , RocchiniL, Raber M, Guazzoni G, Rigatti P , Montorsi F. ;J sex Med 2010; 7:1538-46

¹⁹ Evidence for a genetic etiology of ejaculatory dysfunction. Jern P. Santtila P , Johansson A, Varjonen M , Witting K , von der Pahlen B , Sandnabba NK. Int J Import Res 2009; 21:62-7

²⁰ Indicator profile related to male sexual dysfunction: erectile dysfunction, orgasm disorder and premature ejaculation Bravo,C.S. , Ayala, N.P.C. , Melendez, J.C. , Almaraz, C.H.

- ²¹ Dysregulation of emotions and premature ejaculation (PE) : Alexithymia in 100 outpatients. Michetti,P.M, Rossi , R. , Bonanno, D. , De Dominicis, C. , Iori, F. , Simonelli , C. , Journal of Sexual Medicine Vol.4, Issue 5 , September 2007 , Pages 1462-1467
- ²² Diagnosi e trattamento delle disfunzioni sessuali Chiara Simonelli ; Franco Angeli, 1996 , cap.7 pag147
- ²³ Laumann EO, Nicolosi A, Glasser DB, et al; GSSAB Investigators' Group. Sexual problems among women and men aged 40-80 y: prevalence and correlates identified in the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors. Int J Impot Res 2005 Jan-Feb;17(1):39-57.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15215881>
- ²⁴ <http://www.anagen.net/stress.htm>
- ²⁵ Article from ANSA English Etiology of ejaculation and pathophysiology of premature ejaculation. Donatucci CF Division of Urology , Duke Universtity Medical Center,Durham , J Sex Med 2006 Sep, 3 Suppl 4 ; 303-8
- ²⁶ Di Maria, F., Lo Verso, G. (1995) (a cura di), La psicodinamica dei gruppi. Raffaello Cortina, Milano.
- ²⁷ Development and evaluation of the Arabic Index of Premature Ejaculation (AIPE). Arafa M, Shamloul R. J Sex Med. 2007 Nov;4(6):1750-6.
- ²⁸ Italian Version of the Male Sexual Health Questionnaire (MSHQ), Italian journal Sexual and reproductive MedicineV. Ugolini, E.S. Pescatori
- ²⁹ McGahuey C.A., Gelenberg A.J., Laukes C.A., Moreno F.A., Delgado P.L., McKnight K.M., Manber R., The Arizona Sexual Experience Scale (ASEX): reliability and validity. Journal of Sex and Marital Therapy, 26, 1, 2000.
- ³⁰ Hartmann U., The PEQUEST: A multidimensional instrument for the assessment of premature ejaculation. International Journal of Impotence Research, 8-119, 1996.
- ³¹ Psycobiological correlates of rapid ejaculation in patients attending an andrologic unit for

sexualdysfunctions. Corona G et al Eur rol 2004;46:615-22

³² Premature and delayed ejaculation: two ends of a single continuum influenced by hormonal milieu. Corona et al. Int H Androl 2010; 34:41-8

³³ Thyroid-stimulating hormone assessments in a Dutch cohort of 620men with lifelong premature ejaculation without erectile dysfunction. Waldinger et al J Sex Med 2005 ; 2:865-70

³⁴ Multicenter study on the prevalence of sexual symptoms in male Hypo-and Hyperthyroid patients. Carani C , Isidori AM , GrantaA , Carosa E , Maggi M , Lenzi A , Janini EA.; J Clin Endocrinol Metab 2005; 90:6472-9

³⁵ The relationship between premature ejaculation and hyperthyroidism. Cihan a, Demir O , Demir T, Aslan G, Comlekci A, Esen A; J Urol 2009; 181:1273-80

³⁶ Prevalence of sexual dysfunction in m Chinese men with chronic prostatitis , Liang CZ et al; BJU Int 2004;93:568-70

³⁷ Sexual dysfunction and prostatitis. Sadeghi-Nejad H, seftel A; Curr Urolo Rep 2006 ;7:479-84

³⁸ Investigation of sexual function in 623 patients with chronc prostatitis Qui YC et al; Zonghua Nan Ke Xue 2007 ; 13:524-6

³⁹ Prevalence of chronic prostatitis in men with premature ejaculation Screponi E et al .Urology 2001;58-198-202

⁴⁰ Prevalence of sexual dysfunction in men with chronic prostitis/chronic pelvic pain syndrome. Trinchieri et al Arch Ital Urol Androl 2007;79:67-70

⁴¹ Survey of the prevalence of chronic prostatitis in men with premature ejaculation Xing J et al . Zonghua Nan Ke Xue 2003;9:451-3

⁴² Chronic prostatitis in premature ejaculation :a cohort stydy in 153 men. Shamloul R , el –Nashaar A. J Sex Med 2006; 3:105-4

⁴³ Antibiotic treatment can delay ejaculation in patients with premature ejaculation and chronic bacterial prostatitis. El – NashaarA, ShamloulR , J Sex Med 2007;4:491-6 118

⁴⁴ Clinical parameters that predict successful outcome in men with premature ejaculation and

inflammatory prostatitis. J sex Med 2009; 6:3139-46

⁴⁵ Pattern of endocrinological changes in patients with sexual dysfunction El-Sakka AI et al J sex Med 2005;2:551-8

⁴⁶ Serum Leptin levels in patients with premature ejaculation Atmaca et al. ArchAndrol 2002 ; 48:345-50

⁴⁷ Premature ejaculation and serum leptin levels: A diagnostic case control study Nikoobakht MR et al J Sex Med 2008; 5 :2942-6

⁴⁸ Serum Leptin levels in patients with premature ejaculation before and after citalopram treatment Atmaca M et al.; BJU Int 2003 ;91:252-4

⁴⁹ Pontalti C., Menarini R., "*I trattamenti multimodali in psicoterapia*", in Neurologia Psichiatria Scienze Umane, 6, 1988

⁵⁰ Lazarus A. A. (1976), *Multimodal behavior therapy*, Springer, New York (trad. it. Terapia multimodale del comportamento, Armando, Roma, 1982).

Lazarus A. A. (1981), *The practice of multimodal therapy*, McGraw-Hill, New York.

⁵¹ Ancona L. (1992), "Dimensioni alterne in psicoterapia", *Rivista di Psicologia Clinica*, VI, 2, pp. 207-211.

⁵² Goldfried M. R., Newman C. (1986), "Psychotherapy integration: an historical perspective", in Norcross J. C. (ed.), *Handbook of eclectic psychotherapy*, Brunner/Mazel, New York.

⁵³ Villegas i Besora M. (1990), "Sincretismo, eclettismo e integrazione in psicoterapia", *Rivista di Psicologia Clinica*, IV, 3, pp. 249-273.

⁵⁴ Lambert M., De Julio S. S. (1978), *The relative importance of client, therapist, and technique variables as predictors of psychotherapy outcome: the place of therapist "nonspecific" factors*, APA, Scottsdale.

⁵⁵ Karasu T. B. (1986), "The specificity versus non specificity dilemma: toward identifying therapeutic change agents", *American Journal of Psychiatry*, CXLIII, 6, pp. 687-695 (trad. it. "Il dilemma tra specificità e non specificità: verso l'identificazione dei fattori di cambiamento

terapeutico”, in Del Corno F., Lang M. (eds.), *Psicologia clinica. Vol. I: Fondamenti storici e metodologici*, Angeli, Milano, 1989, pp. 113-132).

⁵⁶ Orlinsky D. E., Howard K. J. (1987), "A generic model of psychotherapy", *Journal of Integrative and Eclectic Psychotherapy*, VI, 1, pp. 6-27.

⁵⁷ Stiles W. B., Shapiro D. A., Elliot R. (1986), "Are all psychotherapies equivalent?", *American Psychologist*, XLI, pp. 165-180.

⁵⁸ Strong S. R. (1987), "Interpersonal theory as a common language for psychotherapy", *Journal of Integrative and Eclectic Psychotherapy*, VI, pp. 173-183.

⁵⁹ Beutler L. E. (1981), "Convergence in counseling and psychotherapy: a current look", *Clinical Psychology Review*, I, pp. 79-101.

⁶⁰ Goldfried M. R. (1982), *Converging themes in psychotherapy: trends in psychodynamic, humanistic, and behavioral practice*, Springer, New York.

⁶¹ Migone P. (1987), "Problemi di psicoterapia. Alla ricerca del 'vero meccanismo d'azione' della psicoterapia", *Il Ruolo Terapeutico*, 44, pp. 30.

⁶² Woody R. H. (1971), *Psychobehavioral counseling and therapy: integrating behavioral and insight techniques*, Appleton-Century-Crofts, New York.

⁶³ Wachtel P. L. (1977), *Psychoanalysis and behavior therapy: toward an integration*, Basic Books, New York.

⁶⁴ Marmor J., Woods S. M. (eds.) (1980), *The interface between psychodynamic and behavioral therapists*, Plenum Press, New York.

⁶⁵ Messer S. B., Winokur M. (1980), "Some limits to the integration of psychoanalytic and behavior therapy", *American Psychologist*, XXXV, pp. 818-827.

⁶⁶ Messer S. B. (1984), "The integration of psychoanalytic therapy and behavior therapy: summing up", in Arkowitz H., Messer S. B. (eds.), *Psychoanalytic therapy and behavior therapy: is integration possible?*, Plenum Press, New York.

⁶⁷ Brady J. P. (1986), "Psychotherapy by combined behavioral and dynamic approaches",

Comprehensive Psychiatry, IX, pp. 536-543.

⁶⁸ Peirone L. (1988a), "La terapia psicosessuale di coppia quale strategia multimodale integrata", in Benagiano G., Pasini W. (a cura di), *Attualità in biosessuologia. Le psicoterapie sessuali. Atti del IX Congresso Nazionale della Società Italiana di Sessuologia Clinica (Roma, 6-8 dicembre 1986)*, Masson Italia, Milano, pp. 183-188.

⁶⁹ Peirone L. (1988b), "Terapia psicologica della coppia: un approccio integrato", in Marrama P.

⁷⁰ Peirone L. (1996), "Psicoterapia della coppia: il modello eclettico-integrato", in SISC, *La coppia. Nuove realtà, nuovi valori, nuovi problemi. Atti del XIV Congresso Nazionale della Società Italiana di Sessuologia Clinica (Torino, 20-22 giugno 1996)*, Angeli, Milano.

⁷¹ Gold J. R. (1990), "The integration of psychoanalytic, cognitive, and interpersonal approaches in the psychotherapy of borderline and narcissistic disorders", *Journal of Integrative and Eclectic Psychotherapy*, IX, 1.

⁷² Siani R. (1992), "La psicologia analitica del Sé nell'approccio psicoterapeutico integrato agli psicotici. II: Due esemplificazioni cliniche", *Psicoterapia e Scienze Umane*, XXVI, 2, pp. 53-70.

⁷³ Siani R., Siciliani O. (1992), "La psicologia analitica del Sé nell'approccio psicoterapeutico integrato agli psicotici. I: La strategia multicontestuale", *Psicoterapia e Scienze Umane*, XXVI, 1, pp. 64-82.

⁷⁴ Erskine R. G., Moursand J. P. (1988), *Integrative psychotherapy in action*, Sage, Newbury Park.

⁷⁵ Beutler L. E., Consoli A. J., Williams R. E. (1995), "Integrative and eclectic psychotherapies in practice", in Bongar B., Beutler L. E. (eds.), *Comprehensive textbook of psychotherapy: theory and practice*, Oxford University, New York, pp. 274-292.

⁷⁶ Fensterheim H., Glazer H. I. (1983), *Behavioral psychotherapy: basic principles and case studies in an integrative clinical model*, Brunner/Mazel, New York.

⁷⁷ Beutler L. E. (1989), "The misplaced role of theory in psychotherapy integration", *Journal of Integrative and Eclectic Psychotherapy*, VIII, pp. 17-22.

⁷⁸ Chambon O., Marie-Cardine M. (1992a), "Psychothérapies intégratives et éclectiques: une

réflexion nécessaire", *Synapse*, 91, pp. 68-72.

⁷⁹ Marie-Cardine M. (1979), *La cothérapie: les associations de théories, de techniques et de thérapeutes*, ESF, Paris.

⁸⁰ Mahrer A.R. (1989), *The integration of psychotherapies: a guide for practicing therapists*, Human Sciences Press, Ottawa.

⁸¹ Woody R. H., Robertson M. (1988), *Becoming a clinical psychologist*, International Universities Press, Madison

⁸² Robertson M. (1986), "Training eclectic psychotherapists", in Norcross J. C. (ed.), *Handbook of eclectic psychotherapy*, Brunner/Mazel, New York.

⁸³ Liddle H. A. (1982), "On the problem of eclecticism: a call for epistemologic clarification and human-scale theories", *Family Process*, 21, pp. 243-250.

⁸⁴ Palmer J. O. (1980), *A primer of eclectic psychotherapy*, Brooks/Cole, Pacific Grove.

⁸⁵ Murgatroyd S., Apter M. J. (1986), "A structural-phenomenological approach to eclectic psychotherapy", in Norcross J. C. (ed.), *Handbook of eclectic psychotherapy*, Brunner/Mazel, New York.

⁸⁶ Lecomte C. (1987), "Mythes et réalités de l'éclectisme en psychothérapie", in Lecomte C., Castonguay L. G., *Rapprochement et intégration en psychothérapie. Psychanalyse, behaviorisme et humanisme*, Morin, Montréal.

⁸⁷ Lecomte C., Castonguay L. G. (1987), *Rapprochement et intégration en psychothérapie. Psychanalyse, behaviorisme et humanisme*, Morin, Montréal.

⁸⁸ Duruz N. (1993), "L'éclectisme en psychothérapie. Instance et enjeu", *Psychothérapies*, 14, pp. 233-234.

⁸⁹ Cecchin G., Lane G., Ray W. A. (1993), *Irriverenza. Una strategia di sopravvivenza per i terapeuti*, Angeli, Milano.

⁹⁰ Chambon O., Marie-Cardine M. (1992b), "Psychothérapeute procustéen ou éclectique: qui êtes-vous?", *Act. Méd. Inter. Psychiatrie*, IX, 148, p. 2091.

- ⁹¹ AUA <http://www.auanet.org/content/clinical-practice-guidelines/clinical-guidelines.cfm>
- ⁹² .Available and future therapies for premature ejaculation.,Hellstrom WJ. , Drugs Today (Barc). 2010 Jul;46(7):507-21
- ⁹³ Single and multiple –dose pharmacokinetics of dapoxetine hydrochloride, a novel agent for the threatment of premature ejaculation Modi NB, et al J . Clin . Pharmacol. 46 , 301-309 (2006)
- ⁹⁴ Public assessment Report: Scientific Discussion PriligyDapoxetine Hydrochloride Film coated Atblet 30and 60 mg Lakemedelsverket Medical Products Agency 2008
- ⁹⁵ Dapoxetine , a novel selective serotonin reuptake inhibitor for the treatment of premature ejaculation. KendirciM et al, Ther Clin.RiskManag 3, 277-289 (2007)
- ⁹⁶ Assesment of a neede use of pharmacotherapy and the pause-squeeze techniques in premature ejaculation Abel-Hamid IA et al. Int Impot Res. 2001;13:41-45
- ⁹⁷ Can sildenafil traet primary premature ejaculation? A prospective clinical study Wang WF et al. Int. J Urol. 2007;14:331-335
- ⁹⁸ Foulkes, S.H. (1948) Introduzione alla psicoterapia gruppoanalitica. Tr., it., Ed., Universitarie Romane , Roma, 1991.
- ⁹⁹ Foulkes, S.H. (1975) *La psicoterapia gruppoanalitica. Metodo e principi*. Tr. It. Astrolabio, Roma 1976.
- ¹⁰⁰ Yalom, I. D. (1970) Teoria e pratica della psicoterapia di gruppo. Tr. it. Boringhieri, Torino 1977.
- ¹⁰¹ Bloch, S., Crouch, E. (1985) *Therapeutic Factors in Group Psychotherapy*, Oxford, University Press Oxford.
- ¹⁰² Foulkes, S.H. (1964) *Analisi terapeutica di gruppo*. Tr. It. Boringhieri, Torino 1967.
- ¹⁰³ Di Maria F., Lavanco G., (1993) *Al di là dell'individuo. Letture di gruppoanalisi*. Ila palma/edizioni associate
- ¹⁰⁴ Profita G., Venza G., (1995) *Il gruppo in psicologia clinica*, in Di Maria, F., Lo Verso, G., *La psicodinamica dei gruppi*. Raffaello Cortina, Milano.
- ¹⁰⁵ Pierluigi Sommaruga (1995) *Psicoanalisi e gruppoanalisi*, in Di Maria, F., Lo Verso, G., La

psicodinamica dei gruppi. Raffaello Cortina, Milano.

¹⁰⁶ Farhad Dalal *Prendere il gruppo sul serio. Verso una teoria gruppoanalitica postfoulkesiana.*

Raffaello Cortina Editore.

¹⁰⁷ Foulkes, S.H. (1973) *Il gruppo come matrice della vita mentale individuale.* Tr. It. In: Wolberg, L.

R., Schwartz, E. K. *Terapia di gruppo.* Il pensiero scientifico, Roma 1974.

¹⁰⁸ Pontalti, C., Menarini, R. (1985) Le matrici gruppali in terapia familiare. *Terapia familiare*, 19.

¹⁰⁹ Pontalti, C., Menarini, R. (1989a) *I disturbi di personalità. Progressi in psichiatria.* C.i.c., Edizioni Internazionali, Roma.

¹¹⁰ Menarini, R. (1989) Presentazione a Lo Verso, G., *Clinica della gruppoanalisi e psicologia.*

Bollati Boringhieri, Torino.

¹¹¹ Napolitani, D., Maggiolini, A. (1989) Gruppalità interna (o gruppo interno). *Rivista italiana di gruppoanalisi*, 1-2.

¹¹² Lo Verso, G. (1989) *Clinica della gruppoanalisi e psicologia.* Bollati Boringhieri, Torino.

¹¹³ Lo Verso, G. (1992) Identità e cultura: il soggetto e la dimensione del transpersonale *Psychologos*, 1.

¹¹⁴ Di Maria, F., e Lavanco, G. (1991) Organizzazione interna-organizzazione esterna: il modello interpretativo gruppoanalitico. *Rivista di psicologia sociale.*, XVI (38), 1-3.

¹¹⁵ Costantini, A. (2000), *Psicoterapia di gruppo a tempo limitato.* Mc Graw Hill, Milano.

¹¹⁶ Pratt, J. H. (1922), "Principles of class treatment and their application to various chronic diseases". In *Hospital Social Service*, 6.

¹¹⁷ Lo Verso, G., Nocito, R., Ustica, G. R. (1997), "L'esperienza con gruppi omogenei di pazienti con disturbi del comportamento alimentare". In De Clercq, F., Recalcati, M. (a cura di) , *I gruppi ABA: l'esperienza della fondazione.* Franco Angeli. Milano.

¹¹⁸ Lo Verso, G., Ustica, G. R., De Caro, T. (1997), "Una ricerca pilota sul lavoro terapeutico con i gruppi omogenei ABA". In De Clercq , F., Recalcati, M. (a cura di), *I gruppi ABA: l'esperienza della fondazione.* Franco Angeli. Milano.

¹¹⁹ Lo Verso, G., Ustica G. R., (2000), “Il gruppo di sostegno mette a fuoco i vissuti dell’ipovedente”. In Lombardi, M., Mineo, R. (a cura di), *Insieme per l’autonomia*. Tea Nova Mazzone, Palermo.

¹²⁰Giuseppina Ustica (2002) *Il gruppo omogeneo di psicoterapia analitica* in Gruppi di Di Maria e Lo Verso.

¹²¹ Di Maria F., Lo Verso., (2002) *Gruppi. Metodi e strumenti*. Raffaello Cortina Editore.

¹²² *WORLD HEALTH ORGANIZATION (1948), Charter, Geneva (CH)*.

¹²³ *ORMELJ., VON KORFF M., USTUN T.B., PINI S., KORTEN A., OLDF.HINKEL T. (1994), Common mental disorders and disability across cultures: Results from the WHO collaborative study on psychological problems in general health care, in “JAMA. Journal of the American Medical Association”, 272, pp. 1741-48.*

¹²⁴ KATSCHNIG H. (1997), *How useful the concept of quality of life in psychiatry?*, in KATSCHNIG H., FREEMAN H., SARTORIUS N. (Eds.), *Quality of life in mental Disorders*, Wiley, New York, pp. 3-15.

¹²⁵ KENDALL P.C., NORTON-FORD J.D. (1982), *Therapy outcome research methods*, in KENDALL P.C., BUTCHER J.N. (Eds.), *Handbook of research methods in clinical psychology*, Wiley, New York, pp. 429-60.

¹²⁶ KENDALL P.C. (1999), *Editorial*, in “*Journal of Consulting and Clinical Psychology*”, 67, pp.283-84.

¹²⁷ JACOBSON N.S., REVENSTORF D. (1988), *Statistics for assessing the clinical significance of psychotherapy techniques: Issues, problems and new developments*, in “*Behavioral Assessment*”, 10, pp. 133-45.

¹²⁸ JACOBSON N.S., TRUAX P. (1991), *Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research*, in “*Journal of Consulting and Clinical Psychology*”, 59, pp. 12-9.

- ¹²⁹ JACOBSON N.S., ROBERTS L.J., BERNIS S.B., MCGLINCHEY J.B. (1999), *Methods for defining and determining the clinical significance of treatment effects: Description, application, and alternatives*, in "Journal of Consulting and Clinical Psychology", 67, pp. 300-7.
- ¹³⁰ DI NUOVO S. (1998), *Il progetto di valutazione delle psicoterapie: obiettivi e metodi*, in DI NUOVO S., LO VERSO G., GIANNONE E., DI BLASI M. (a cura di) (1998), *La ricerca italiana. Valutare le psicoterapie*, FrancoAngeli, Milano, pp.241-55.
- ¹³¹ DI NUOVO S., LO VERSO G., DI BLASI M., GIANNONE F. (a cura di) (1998), *Valutare le psicoterapie. La ricerca italiana*, FrancoAngeli, Milano.
- ¹³² ROTH A., FONAGY P. (1996), *What works for whom? A critical review of psychotherapy research*, Guilford Press, New York; trad. it. (1997), *Psicoterapia e prove di efficacia. Il Pensiero Scientifico*, Roma.
- ¹³³ BEDNAR R.L., KAUL T.J. (1994), *Experiential Group research: Can the camion fire?*, in BERGIN S.L., GARFIELD (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behaviour change* (4th ed.), Wiley & Sons, New York, pp. 631-63.
- ¹³⁴ PIPER W.E., JOYCE A.S. (1996), *A consideration of factors influencing the utilization of time-limited, short-term group psychotherapy*, in "International Journal of Group Psychotherapy", 46, pp. 311-28.
- ¹³⁵ COSTANTINI A. (2000), *Psicoterapia di gruppo a tempo limitato. Basi teoriche ed efficacia clinica*, McGraw-Hill Italia, Milano.