

FOTO DI LUIGI POMPILI

UN PERCORSO CLINICO E UMANO

Disfunzione erettile: dal sintomo alla libertà sessuale

Quando il corpo non risponde

GABRIELE DI MARIO

PSICOLOGO · PSICOTERAPEUTA · SESSUOLOGO CLINICO

Se questo lavoro ti è piaciuto e lo hai trovato utile, sarebbe per me un grande piacere ricevere il tuo supporto. Se ti va, puoi lasciare una recensione su Google a questo link: https://g.page/r/CXyV4uhIMXHeEBM/review o iniziare a seguirmi sui miei canali social.

Inoltre, il tuo punto di vista è prezioso: mi piacerebbe moltissimo ricevere un tuo feedback sul libro. Scrivimi pure per farmi sapere se ti è stato utile, se avresti gradito l'approfondimento di altri argomenti o se hai domande a cui posso rispondere. Puoi farlo liberamente e senza impegno via mail all'indirizzo: info@inpsicologia.it.

Grazie di cuore!

Disfunzione erettile: dal sintomo alla libertà sessuale

Quando il corpo non risponde

Gabriele Di Mario — Psicologo, Psicoterapeuta e Sessuologo Clinico



Edizione digitale gratuita, distribuita a scopo divulgativo.

Questo libro non sostituisce una valutazione medica o psicologica personalizzata.

Indice

Introduzione — Perché questo libro....3

Parte I — Capire

Capitolo 1 — Quando il corpo non risponde....6

Capitolo 2 — Come funziona l'erezione....10

Capitolo 3 — Le terapie per la disfunzione erettile....13

Parte II — Prevenire e comprendere

Capitolo 4 — Prevenzione e salute sessuale....16

Capitolo 5 — Disfunzione erettile nei giovani uomini....19

Capitolo 6 — Oltre il sintomo: identità, vulnerabilità e libertà sessuale....21

Parte III — Affrontare, insieme

Capitolo 7 — Risorse pratiche....23

Capitolo 8 — La disfunzione erettile nella coppia....26

Capitolo 9 — Storie dal mio studio....28

Parte IV — Il passo successivo

Capitolo 10 — Le domande che mi fate più spesso....30

Capitolo 11 — Cosa aspettarsi da un primo consulto....32

Capitolo 12 — Un'ultima parola....35

Su di me / Contatti....37

Bibliografia....38

Introduzione

Perché questo libro

Viviamo in un'epoca che chiede all'uomo di essere sempre efficiente, desiderabile, performante. Anche a letto.

In questa cornice, quando l'erezione viene meno — anche solo una volta — qualcosa si incrina. Non solo nel corpo. Si apre una frattura tra chi si è, chi si vorrebbe essere e chi si crede di dover dimostrare di essere.

> *La disfunzione erettile non è solo un fatto fisiologico. È un evento che tocca l'identità, l'autostima, la qualità delle relazioni. Per questo oggi è più urgente che mai parlarne — apertamente, senza vergogna.*

Un fenomeno in crescita, sempre più silenzioso

La disfunzione erettile colpisce fasce di popolazione sempre più giovani. Tra le cause più frequenti:

- Stress cronico e ritmi di vita alterati
- Consumo di pornografia
- Ansia da prestazione
- Una sessualità vissuta in solitudine o sotto pressione sociale

Non è un problema isolato. È un sintomo del nostro tempo.

Non una causa. Non una cura. Uno sguardo integrato

La disfunzione erettile è multifattoriale: non ha un'unica origine, quindi non può avere un'unica soluzione. Nel mio lavoro clinico intreccio tre dimensioni:

- Medica — urologica, ormonale, farmacologica
- Psicologica — emotiva, relazionale, cognitiva
- Sessuale — desiderio, identità, dinamiche di coppia

Solo tenendo insieme questi tre piani si può arrivare non solo a "recuperare l'erezione", ma a costruire una sessualità più consapevole, libera, autentica.

Chi sono

Mi chiamo Gabriele Di Mario. Sono psicologo, psicoterapeuta e sessuologo clinico, con specializzazioni in EMDR, ipnoterapia Eriksoniana e come interprete LIS.

Nel mio lavoro, la disfunzione erettile è una delle richieste più frequenti che incontro. Il percorso che seguo è chiaro: prima si verifica l'aspetto medico con un professionista competente; solo dopo, se non emergono cause organiche, si lavora sulla dimensione psicologica.

La storia che sento raccontare più spesso

Prima di arrivare da me, molti uomini hanno già cercato una soluzione online. Hanno seguito consigli trovati in rete — a volte utili, a volte discutibili, a volte francamente dannosi.

Solo dopo mesi di tentativi falliti, spesso presi dallo sconforto, decidono di rivolgersi a un professionista. Come fosse l'ultima spiaggia.

Questa attesa ha un costo: il comportamento disfunzionale si sedimenta, e si attiva una forma di ansia che si autoalimenta. Quando la persona arriva nel mio studio, spesso non ha più pazienza. Vuole una soluzione, subito.

Il mio compito, in quel momento, è non entrare nella stessa urgenza. Perché se il paziente da solo non ha trovato la via, e io mi metto a correre insieme a lui nella stessa direzione, restiamo in due a non trovarla.

Come lavoro in seduta

Nella stanza dove ricevo i pazienti, provo a essere una presenza accogliente e non giudicante. Mi do due regole:

- Non giudicare nulla di ciò che mi viene portato
- Non dare consigli. Non sono l'amico del paziente: sono chi compie insieme a lui un viaggio

Se si vuole risolvere davvero un problema, la strada non è cercare la soluzione tecnica immediata. È cambiare punto di vista: capire da cosa è stato alimentato quel problema fino a oggi, e che funzione — anche nascosta — ha avuto nell'essere rimasto attivo.

Molto più di un sintomo

Il disturbo erettile è corpo, mente, relazione, identità — tutto insieme. È il punto in cui si intrecciano emozioni, aspettative, paure, vissuti profondi.

> *Il vero ostacolo non è il sintomo. È il silenzio che lo circonda.*

L'obiettivo di questo percorso non è "tornare a funzionare". È ritrovare un modo personale, sereno e libero di vivere la propria sessualità.

Perché la sessualità non è una prestazione da esibire. È una relazione da sentire.

E ogni fragilità, se accolta, può diventare forza. Ogni sintomo, se ascoltato, può diventare una via.

Benvenuto in questo viaggio.

> *"Non è illuminato colui che immagina figure di luce, ma colui che rende cosciente la propria oscurità." — Carl Gustav Jung*

CAPITOLO 1

Quando il corpo non risponde



Non è solo una funzione che manca. È un'identità che vacilla

L'erezione è uno dei segnali più visibili — e più simbolici — della sessualità maschile.

Quando viene meno, anche solo in parte, l'uomo non perde semplicemente una funzione fisiologica. Spesso si sente vulnerabile, manchevole, "non più uomo", secondo il modello sociale in cui è cresciuto.

Per questo parlare di disfunzione erettile non significa parlare solo di sessualità. Significa parlare di identità.

Ogni settimana incontro uomini che arrivano con un peso difficile da nominare. Alcuni parlano subito del "problema". Altri ci girano intorno — parlano di stanchezza, di stress, di "qualcosa che non funziona più" con il/la partner. Ma quasi sempre, sotto quelle parole, c'è un disagio sessuale che ha preso il sopravvento.

Cosa dice, davvero, la scienza

Secondo il DSM-5-TR, la disfunzione erettile (DE) è definita come la persistente o ricorrente incapacità di ottenere o mantenere un'erezione adeguata a un rapporto sessuale soddisfacente, presente nella maggior parte delle occasioni (almeno nel 75% dei rapporti) e da almeno sei mesi.

Un punto importante da chiarire subito: non parliamo di un singolo episodio. Tutti gli uomini possono sperimentare un calo temporaneo della funzione erettile — per stanchezza, stress, emozioni intense, o semplicemente un pasto abbondante. Questo non è un disturbo.

Non è (solo) un problema "da vecchi"

Per anni la DE è stata considerata un problema esclusivo dell'invecchiamento. Non è più così. Gli studi più recenti mostrano una crescita significativa dei casi anche tra gli uomini sotto i 40 anni, legata ad aumento dello stress psicologico, uso di pornografia, ansia da prestazione, sedentarietà.

Secondo lo studio epidemiologico italiano di riferimento (Parazzini et al., 2000), la prevalenza generale della DE in Italia è del 12,8%, con un netto aumento correlato all'età: dal 2% circa nella fascia 18-39 anni fino al 48% negli uomini over 70.

Le tre facce della disfunzione erettile

La disfunzione erettile non ha una sola origine. In ambito clinico si distinguono tre tipologie:

- Organica — cause vascolari, ormonali, neurologiche, iatrogene o legate all'età; più frequente con l'avanzare dell'età
- Psicogena — esordio spesso improvviso, legato ad ansia da prestazione, relazioni difficili, educazione sessuale carente; più comune nei soggetti giovani
- Mista — componenti fisiche e psicologiche intrecciate, in un circolo vizioso che si autoalimenta; trasversale a tutte le età

Riconoscere quale tipo di disfunzione si sta vivendo è già il primo passo per uscirne. Non è un'etichetta — è un punto di partenza per capire da dove iniziare il lavoro, medico o psicologico che sia.

Sfatare i falsi miti

Parlare di disfunzione erettile significa anche fare chiarezza — liberare il campo da idee sbagliate che generano solo paura, vergogna e silenzio.

- Falso: "È irreversibile." Vero: nella maggior parte dei casi è trattabile e migliorabile.
- Falso: "È un fallimento personale, morale o virile." Vero: è una condizione clinica che merita rispetto, ascolto e cura.
- Falso: "Vuol dire che non provo più attrazione." Vero: l'attrazione può esserci intatta — è il corpo che si blocca.

Il corpo che smette di "parlare"

L'erezione è un processo neurovascolare sofisticato: coinvolge sistema nervoso centrale e periferico, ormoni, vasi sanguigni, e componenti psicologiche. È un evento tanto corporeo quanto simbolico.

Per molti uomini, la perdita della capacità erettile è vissuta come una frattura del sé maschile. In terapia, questa sofferenza emerge non solo come disagio sessuale, ma come crollo dell'immagine di sé: "Non mi sento più uomo." "Non sono più quello di prima." "Mi vergogno."

Queste non sono frasi eccessive. Sono voci profonde di una cultura che identifica ancora oggi la virilità con la potenza sessuale.

Il peso del silenzio

Molti uomini non parlano della propria disfunzione erettile. Non con gli amici. Non con il medico. Spesso, nemmeno con il/la partner. Uno studio italiano condotto su un servizio informativo telefonico gratuito sulla disfunzione erettile (Mirone et al., 2002) ha mostrato che una parte significativa degli uomini con DE non ne parla mai né con il partner né con un medico, e attende mesi — a volte anni — prima di chiedere aiuto.

Questo ritardo non è neutro. Aggrava la condizione e alimenta circoli viziosi psicologici: aspettative di fallimento, ansia da prestazione, evitamento e mantenimento del sintomo.

La trappola dell'ansia da prestazione

Uno dei meccanismi più tipici è l'ansia da prestazione: l'uomo si osserva continuamente, teme di "non riuscire", anticipa il fallimento — e così facendo, lo provoca. È la classica profezia che si auto-avvera.

> *Più ci si sforza di "funzionare", più l'erezione si blocca.*

Un messaggio, non un fallimento

La disfunzione erettile è, a volte, una richiesta del corpo di essere ascoltato. Una pausa forzata che invita a guardare dentro — relazioni, emozioni, modelli appresi, ruoli imposti.

In questo libro proveremo insieme a decostruire il sintomo — a leggerlo per ciò che è davvero: non un fallimento, ma un messaggio. E ogni messaggio, se ascoltato, può trasformarsi in cura.

CAPITOLO 2

Come funziona l’erezione



Perché partire dalla fisiologia

Parlare di disfunzione erettile significa, prima di tutto, capire come funziona un’erezione sana. Solo conoscendo la fisiologia possiamo riconoscere dove si inceppa il meccanismo — e come intervenire.

L’erezione non è un semplice riflesso del desiderio. È un processo neurovascolare e psicoendocrino altamente sofisticato, che coinvolge insieme: cervello, sistema nervoso autonomo, ormoni, vasi sanguigni, muscoli lisci — e naturalmente la psiche.

Tutto comincia nella mente

Ogni erezione nasce nel cervello. Un pensiero, un ricordo, uno stimolo visivo o olfattivo attivano aree cerebrali come l'amigdala, l'ipotalamo e la corteccia prefrontale, responsabili del desiderio sessuale. Da qui parte una cascata di segnali che attiva il sistema parasimpatico, deputato al rilassamento e alla risposta sessuale.

Quando siamo rilassati, sicuri, coinvolti emotivamente, il cervello dà via libera al corpo. Quando siamo sotto stress, il sistema simpatico prende il sopravvento, e l'erezione si blocca.

Una volta attivato lo stimolo, i nervi cavernosi rilasciano ossido nitrico nei corpi cavernosi del pene. Questo messaggero chimico rilassa le cellule muscolari lisce peniene, dilata i vasi arteriosi, aumenta il flusso di sangue in ingresso e comprime le vene di drenaggio, mantenendo così la rigidità.

L'erezione è fragile per definizione: basta un'interferenza in uno solo di questi sistemi per inibirla o renderla instabile.

Un campanello d'allarme che va ascoltato

Uno dei dati meno conosciuti, ma più importanti: un calo dell'erezione può essere il primo sintomo silente di una patologia cardiovascolare, ancora prima che compaiano altri segnali. Questo accade perché le stesse problematiche che ostacolano il flusso sanguigno al pene — ipercolesterolemia, diabete, fumo, aterosclerosi, ipertensione — sono le stesse che, nel tempo, possono compromettere cuore e circolazione.

> *La disfunzione erettile può essere una finestra su tutta la salute dell'uomo, non solo sulla sua vita sessuale.*

Le cause: una mappa completa

Fattori organici: vascolari (ipercolesterolemia, diabete, aterosclerosi, ipertensione, fumo), neurologici (traumi spinali, sclerosi multipla, neuropatie), iatrogeni (antidepressivi SSRI, beta-bloccanti, antipsicotici, diuretici), ormonali (ipogonadismo, disfunzioni tiroidee, eccesso di prolattina).

Fattori psicologici: ansia da prestazione, depressione, bassa autostima, dinamiche relazionali complesse, traumi sessuali o emotivi.

"Più mi sforzo, più non funziona." "Penso solo a quello, e mi blocco." Sono le due frasi che sento ripetere, con parole diverse, quasi ogni settimana in studio — il cuore dell'ansia da prestazione.

Come si arriva a una diagnosi

Gli strumenti di valutazione più usati sono l'IIEF-5 (International Index of Erectile Function), un test autovalutativo sviluppato da Rosen e colleghi (1999), la scala SIEDY, un'intervista strutturata, il Rigiscan, che misura le erezioni spontanee notturne, e l'ecodoppler penieno dinamico, che valuta il flusso arterioso e venoso.

Durante il sonno REM, ogni uomo sano sperimenta 3-5 erezioni notturne, spontanee e involontarie — indipendenti da qualsiasi fattore psicologico. Se sono presenti, il meccanismo fisico è probabilmente intatto e la causa è più probabilmente psicogena; se sono assenti, la diagnosi si orienta verso una causa organica.

Il percorso diagnostico completo prevede tipicamente: colloquio clinico, questionari validati (IIEF-5, SIEDY), esami ematici (testosterone, glicemia, colesterolo, TSH), visita andrologica completa e, se necessario, Rigiscan o ecodoppler.

Il silenzio culturale che aggrava tutto

Viviamo in una cultura che definisce ancora l'uomo attraverso la performance sessuale. La virilità è associata a "funzionare sempre, senza debolezze". Questo terreno culturale alimenta il consumo compulsivo di pornografia, stereotipi dannosi come "l'uomo deve sempre avere voglia", e la convinzione che parlarne "tolga valore" al problema.

> *Questi miti non proteggono. Rafforzano la vergogna e alimentano il silenzio.*

Le informazioni su esami e terapie che leggerai nel prossimo capitolo hanno scopo educativo e servono a orientarti nella comprensione del percorso diagnostico-terapeutico. Non sostituiscono in alcun modo una valutazione medica personalizzata.

CAPITOLO 3

Le terapie per la disfunzione erettile



Le informazioni su farmaci ed esami che leggerai in questo capitolo hanno scopo educativo e servono a orientarti nella comprensione del percorso terapeutico. Non sostituiscono in alcun modo una valutazione medica personalizzata. Ogni terapia farmacologica richiede sempre la prescrizione e il monitoraggio di un medico competente.

Non una pillola. Un sistema da riequilibrare

Quando si parla di trattamento della disfunzione erettile, bisogna liberarsi da un'idea troppo semplice: "prendere qualcosa per funzionare". La sessualità non è

una macchina da riparare con un farmaco. È un sistema complesso — affettivo, corporeo, psicologico, relazionale.

> *L'obiettivo di una terapia efficace non è solo il ritorno della rigidità peniena, ma il recupero del piacere, dell'intimità e della sicurezza di sé.*

A. Farmaci: gli inibitori della PDE5

Sono i farmaci più prescritti per la DE. Agiscono aumentando l'afflusso di sangue ai corpi cavernosi, ma solo in presenza di stimolo sessuale. Il sildenafil (Viagra) agisce dopo 30-60 minuti, con effetto per 4-6 ore. Il tadalafil (Cialis) agisce dopo 30-45 minuti, con effetto fino a 36 ore, ed è disponibile anche a basso dosaggio giornaliero. Vardenafil e avanafil hanno profili simili.

Non funzionano senza stimolazione erotica, sono controindicati con i nitrati (rischio di ipotensione grave), e possono dare cefalea, arrossamenti o congestione nasale. La loro efficacia clinica è confermata in circa il 70% degli uomini che li assumono.

B. Terapie ormonali

Nei pazienti con ipogonadismo confermato, la terapia sostitutiva con testosterone può migliorare libido, frequenza delle erezioni spontanee, energia e tono dell'umore. Non è una terapia per tutti — va riservata a chi ha testosterone basso e sintomi clinici coerenti, dopo valutazione endocrinologica specifica.

C. Altre opzioni mediche

Per i casi non responsivi ai farmaci orali: iniezioni intracavernose (alprostadil), supposte uretrali, vacuum device, e — nei casi refrattari — protesi peniene chirurgiche.

D. Il lavoro psicologico

La DE non è mai solo una questione meccanica. Anche quando ha base organica, la sua evoluzione e il suo mantenimento sono spesso condizionati da fattori psicologici. La psicoterapia individuale è indispensabile in presenza di ansia da prestazione, bassa autostima sessuale, evitamento, pensieri automatici negativi. Aiuta a ridurre il controllo mentale sull'erezione, riconnettersi con il desiderio, reintegrare il corpo come spazio di piacere e non di giudizio.

La psicoterapia di coppia è essenziale quando la DE ha ricadute relazionali: conflitti, ritiro sessuale, incomprensioni, silenzi.

L'approccio che funziona davvero: l'interdisciplinarità

Le linee guida internazionali (EAU, SIAMS, ISSM) sono chiare su un punto: la DE si affronta meglio con una presa in carico integrata — andrologo/urologo per la valutazione organica, sessuologo clinico/psicoterapeuta per le dinamiche psicorelazionali, e se necessario nutrizionista, cardiologo o endocrinologo.

È esattamente questo il motivo per cui, nel mio lavoro, non affronto mai la DE isolandola dal resto della vita della persona — perché nessuna delle sue componenti, da sola, racconta tutta la storia.

Stile di vita: la base che nessuno può saltare

Numerosi studi confermano che modificare lo stile di vita migliora significativamente la funzione erettile, soprattutto nei casi vascolari o lievi: perdita di peso se in sovrappeso, esercizio fisico regolare, stop al fumo, riduzione dell'alcol, sonno regolare, riduzione del consumo compulsivo di pornografia.

> *Ogni trattamento efficace deve essere personalizzato, multifattoriale, e fondato sull'ascolto profondo della storia della persona che lo vive.*

CAPITOLO 4

Prevenzione e salute sessuale



Perché aspettare il sintomo è già in ritardo

Quando si parla di disfunzione erettile, l'approccio più comune è intervenire solo quando il problema è già emerso. Ma c'è un punto spesso trascurato: la prevenzione non è solo possibile. È estremamente efficace — soprattutto nei casi legati a fattori vascolari, metabolici e psicosociali.

Una buona salute sessuale si costruisce molto prima che un sintomo compaia. Si basa su scelte quotidiane: alimentazione, movimento, gestione dello stress, sonno, relazioni, cultura.

L'erezione come specchio della salute vascolare

L'erezione è, prima di tutto, un fenomeno vascolare: dipende da un buon afflusso di sangue ai corpi cavernosi. Per questo, le stesse condizioni che danneggiano il

cuore o le arterie — ipertensione, diabete, ipercolesterolemia, fumo — sono anche i principali fattori di rischio per la DE.

I 5 nemici della tua erezione: fumo di sigaretta, sovrappeso e obesità, sedentarietà, diabete mellito tipo 2, dislipidemie (colesterolo alto, trigliceridi).

> *Molti specialisti raccomandano di considerare la DE come un "marker precoce di malattia vascolare sistemica".*

Cosa mettere nel piatto

Numerosi studi confermano che una dieta equilibrata, ricca di alimenti antiossidanti e povera di grassi saturi, è associata a un minor rischio di DE. La dieta mediterranea — olio extravergine d'oliva, verdura e frutta fresca, pesce azzurro, legumi e cereali integrali, vino rosso con moderazione — favorisce la salute vascolare, riduce l'infiammazione sistemica e migliora il profilo ormonale, con benefici diretti sulla funzione erettile (Esposito et al., Int J Impot Res, 2006).

Muoversi per proteggere l'erezione

L'attività fisica regolare migliora la circolazione, stimola il testosterone, riduce l'insulino-resistenza, migliora l'autostima e il tono dell'umore. Bastano 150 minuti a settimana di camminata veloce o sport moderato per ottenere miglioramenti significativi nella funzione erettile, anche in uomini con DE già presente (Esposito et al., JAMA, 2004).

Sonno e stress: i due fattori più sottovalutati

Il sonno irregolare o insufficiente abbassa i livelli di testosterone e interferisce con la qualità dell'erezione notturna. Allo stesso tempo, lo stress cronico attiva il sistema simpatico, che inibisce direttamente la risposta sessuale.

Strategie utili: routine serale stabile, disconnessione da schermi prima di dormire, tecniche di rilassamento come mindfulness e respirazione, pause dal lavoro e gestione dell'ansia da performance.

Prevenire si impara: l'educazione sessuale

Prevenire la DE significa anche educare all'affettività e alla sessualità libera da stereotipi. Un giovane uomo che impara a conoscere il proprio corpo, a gestire

l'ansia, a comunicare desideri e limiti, è un uomo più preparato ad affrontare la propria sessualità con serenità.

La prevenzione è anche una questione di coppia

La salute sessuale non è mai solo individuale. Imparare a comunicare con il/la partner, affrontare insieme l'ansia, ridefinire la sessualità nel tempo — è parte della prevenzione tanto quanto la dieta o l'esercizio fisico.

> *Mangiare bene, muoversi, dormire, parlare, ascoltarsi: ogni gesto di cura, in questo senso, è già un atto erotico.*

CAPITOLO 5

Disfunzione erettile nei giovani uomini: un'epidemia silenziosa



Non è più (solo) un problema "da grandi"

Una volta considerata un problema legato all'età avanzata, oggi la disfunzione erettile colpisce in modo significativo anche uomini sotto i 40 anni. Le stime più recenti indicano che fino al 25-35% dei pazienti che si rivolgono a uno specialista per DE ha meno di 40 anni, con picchi più alti nella fascia 18-30 anni (Capogrosso et al., J Sex Med, 2013).

Eppure il fenomeno resta sottovalutato, poco discusso, spesso non trattato. La vergogna, il senso di inadeguatezza, l'idea che "non dovrebbe succedere a questa età" portano molti giovani uomini a nascondere il problema invece di affrontarlo.

Come si distingue la DE giovanile

Rispetto agli uomini più maturi, i giovani con DE presentano tipicamente: esordio improvviso, andamento fluttuante, forte componente emotiva/ansiosa, erezioni notturne e masturbatorie conservate, assenza di patologie organiche note. Nella maggior parte dei casi, la DE giovanile ha origine psicogena o comportamentale — pur potendo cronicizzarsi se non affrontata.

I tre fattori psicologici più frequenti

L'ansia da prestazione è la causa più comune: i giovani uomini, bombardati da modelli pornografici e aspettative irrealistiche, vivono l'atto sessuale come un test da superare. "Devo riuscirci a tutti i costi" innesca ansia, ipercontrollo, blocco erettile, frustrazione, evitamento.

La scarsa esperienza o educazione sessuale genera insicurezza e una sessualità centrata sulla performance più che sulla connessione. L'autostima sessuale fragile fa sì che ogni episodio di difficoltà venga interiorizzato come "prova che qualcosa non va".

Pornografia, social media e DE nei giovani

Il consumo eccessivo di pornografia digitale, unito alla solitudine relazionale e all'iperconnessione, è una delle cause emergenti più significative di DE nei giovani: uso precoce, visione compulsiva, ricerca di contenuti estremi, masturbazione disconnessa dal corpo. Questi fattori alterano l'immaginario erotico e desensibilizzano la risposta agli stimoli reali.

Le cause organiche da non trascurare

Sebbene meno frequenti, alcune cause organiche possono presentarsi anche in giovani adulti: ipogonadismo, disfunzioni tiroidee, diabete di tipo 1 e 2, l'abuso di sostanze, effetti collaterali da farmaci. Una valutazione andrologica e psicodiagnostica completa è sempre indicata, anche quando il quadro sembra chiaramente psicogeno.

Intervenire presto significa prevenire domani

Affrontare la DE in giovane età è fondamentale per prevenire la sua cronicizzazione. Il trattamento si basa tipicamente su colloquio clinico e sessuologico, educazione alla sessualità reale, psicoterapia individuale o breve strategica, sospensione progressiva della pornografia, tecniche di rilassamento.

> *Non serve "funzionare sempre". Serve sentire, scegliere, connettersi.*

CAPITOLO 6

Oltre il sintomo: identità, vulnerabilità e libertà sessuale



Non è solo una questione di erezione

La disfunzione erettile non è mai solo un fatto medico o sessuale. È anche — e soprattutto — una questione di identità. Quando un uomo dice "non riesco ad avere un'erezione", spesso sta dicendo anche: "mi sento meno uomo", "non sono più quello di prima", "mi vergogno del mio corpo".

> *La DE diventa così specchio di un'immagine ferita — che ha bisogno di essere ascoltata, accolta, ricostruita.*

La mascolinità e i suoi imperativi

Fin da piccoli, agli uomini viene insegnato — spesso in modo implicito — che la loro sessualità deve essere forte, sempre disponibile, penetrativa, infallibile, silenziosa, priva di emozioni. Questo modello, parte di una cultura ancora largamente patriarcale, crea un'ansia da prestazione costante, che esplode nel momento esatto in cui il corpo si sottrae a quell'obbligo.

In questo senso, la DE non è un tradimento del corpo. È un segnale. Qualcosa va ascoltato. Qualcosa vuole cambiare.

Il coraggio della vulnerabilità

La sessualità maschile ha bisogno di spazi nuovi — spazi in cui la vulnerabilità non sia un nemico da nascondere, ma una risorsa da esplorare. Parlare delle proprie paure, sentire il proprio limite, accettare un desiderio che cambia non è un segno di debolezza. È un atto di forza e verità.

Dalla prestazione al piacere

Spesso la sessualità viene ridotta a un risultato: l'erezione, la penetrazione, l'orgasmo. Ma il piacere erotico è molto di più. È gioco, sguardo, lentezza, immaginazione, incontro. Abbandonare l'idea che "valgo solo se ho l'erezione" è un passaggio chiave per ogni uomo in terapia sessuale.

> *Non è la potenza a fare il piacere. È la presenza, il sentire, il contatto.*

Sessualità fluida, affettività autentica

Sempre più uomini si interrogano sul proprio modo di vivere la sessualità: cosa desidero davvero? In che tipo di relazione mi sento libero? Chi sono, quando non devo dimostrare nulla? La DE, se accolta, può diventare un'occasione per ridefinire il proprio spazio erotico — un rito di passaggio verso una sessualità meno standardizzata, più personale, più affettiva.

Diventare interi

La disfunzione erettile è un sintomo. Ma non dice solo del corpo. Dice della pressione, della paura, del bisogno di un'altra narrazione maschile.

> *Riconoscere la propria fragilità non è cedere. È diventare interi. È scegliere una sessualità più libera, incarnata, umana.*

CAPITOLO 7

Risorse pratiche: come affrontare la disfunzione erettile, da oggi



Questo capitolo è per te se...

- Hai avuto o stai vivendo difficoltà erettive
- Vuoi iniziare un percorso di consapevolezza
- Cerchi strumenti pratici, esercizi, strategie
- Vuoi approfondire, ma non sai da dove cominciare

> *Non si tratta di "guarire" in senso meccanico. Si tratta di ritrovare un'alleanza con il tuo corpo, con il tuo desiderio, con il tuo modo unico di essere uomo.*

1. Esercizi di consapevolezza corporea

Il primo passo è rientrare nel corpo. Esercizio di scansione sensoriale: sdraiati, respira lentamente; porta l'attenzione a ogni zona del corpo, senza giudicare; nota le sensazioni piacevoli, calde, neutre; soffermati sul respiro basso; lascia andare il controllo. L'obiettivo è ritrovare un linguaggio sensoriale che non sia solo genitale.

2. Diario sessuale e mentale

Tieni un diario per monitorare l'esperienza emotiva e corporea legata alla sessualità, senza giudizio. Prova a scrivere: quando si presenta la difficoltà, cosa penso in quel momento, cosa provo nel corpo, quali aspettative o paure emergono, cosa desidero veramente.

3. Movimento e sessualità

Uno studio randomizzato controllato ha mostrato che gli esercizi del pavimento pelvico (Kegel) hanno riportato il 40% degli uomini a una funzione erettile normale, con un ulteriore 35% in significativo miglioramento (Dorey et al., BJU Int, 2005). Consigli pratici: camminata veloce 30 minuti al giorno, evitare lunghi periodi seduti, yoga e stretching, esercizi del pavimento pelvico.

4. Comunicazione con il/la partner

Tre frasi utili da cui partire: "Vorrei condividere come mi sento ultimamente..."; "Per me non è facile, ma penso che parlarne ci aiuti."; "Non si tratta solo di prestazione, ma di come stiamo insieme." Una comunicazione affettiva abbassa l'ansia da prestazione e rafforza il legame erotico.

5. Sospensione della pornografia

Se usi pornografia in modo compulsivo, prova un periodo di astinenza graduale: inizia con 7 giorni, evita stimoli iperattivanti, concentrati sul contatto reale, nota cosa cambia — ansia, desiderio, immaginazione.

6. Letture e risorse consigliate

- "La passione del matrimonio" — D. Schnarch
- "Maschi" — P. Crepet
- "La nuova intimità" — E. Bertero, A. Scardina
- "Mindfulness per la sessualità" — A. Brotto

7. A chi rivolgerti

Professionisti da contattare: psicoterapeuta esperto in sessuologia clinica, andrologo o urologo, psicosessuologo, medico di medicina generale formato in sessualità. Evita l'autodiagnosi o l'uso autonomo di farmaci senza consulto.

8. Un percorso, non una corsa

Ogni processo di cambiamento richiede tempo, cura, sperimentazione, accettazione dei limiti, flessibilità. L'obiettivo non è tornare a "com'eri prima", ma diventare più consapevole di chi sei oggi.

Conclusione

La disfunzione erettile non è un fallimento. È un segnale — un messaggio del corpo, della mente, della relazione, che chiede di essere ascoltato, non zittito. Questo libro ha voluto spogliarsi dei pregiudizi, per restituire l'immagine di un uomo che può sentire, chiedere, cambiare — non di un uomo che deve sempre "funzionare".

> *Il prossimo passo è tuo. Ma non sei solo.*

CAPITOLO 8

La disfunzione erettile nella coppia



Un sintomo che non riguarda mai una persona sola

La disfunzione erettile nasce nel corpo di un uomo. Ma raramente resta lì. Si sposta nella stanza da letto, nei silenzi a cena, negli sguardi che si evitano. Diventa, quasi sempre, un evento di coppia — anche quando uno dei due partner non ne parla mai apertamente.

Cosa pensa (davvero) il partner

Quando l'erezione manca, il partner raramente pensa subito a una causa medica. Pensa, più spesso, a sé stesso: "Non gli/le piaccio più." "C'è qualcun altro/a." "Non sono più desiderabile." Studi che hanno misurato l'impatto della DE sulle partner con strumenti validati mostrano un calo significativo e misurabile di soddisfazione sessuale e desiderio (Chevret et al., J Sex Marital Ther, 2004).

Questo è il primo equivoco da sciogliere in ogni coppia: la DE, nella grande maggioranza dei casi, non dice nulla sul valore o l'attrattiva del partner. Dice qualcosa sullo stato interiore di chi la vive.

Non è la disfunzione a ferire la coppia. È il silenzio intorno ad essa

Non è tanto la difficoltà sessuale in sé a danneggiare la relazione, quanto il modo in cui viene vissuta — e soprattutto taciuta. Una coppia che ne parla apertamente, anche in modo imperfetto, mantiene quasi sempre un livello di intimità più alto di una coppia che evita l'argomento per proteggersi a vicenda.

Il partner come alleato, non come spettatore

Una delle trasformazioni più significative che vedo accadere in terapia è quando il partner smette di essere un testimone silenzioso del problema e diventa parte attiva del percorso. Tre frasi che aprono, invece di chiudere: "Non ho bisogno che tu risolva questo. Ho bisogno di sapere che possiamo parlarne." "Quello che provo per te non dipende da questo." "Possiamo trovare insieme un modo diverso di stare vicini, anche adesso."

Ricostruire l'intimità: oltre la penetrazione

L'intimità di coppia è un territorio molto più ampio del rapporto penetrativo: il contatto fisico non finalizzato, la complicità quotidiana, l'esplorazione di forme di piacere condiviso, il tempo dedicato a "stare", senza un obiettivo da raggiungere. Riscoprire questi spazi toglie pressione — e la pressione è quasi sempre la benzina dell'ansia da prestazione.

Quando è utile un percorso di coppia

Alcuni segnali rendono particolarmente indicata una terapia di coppia strutturata: il silenzio sull'argomento dura da mesi, sono comparsi rancore o sospetto, uno dei due partner ha smesso di cercare l'intimità anche non sessuale, la comunicazione generale della coppia si è irrigidita.

> *La disfunzione erettile in coppia non va affrontata come un nemico da sconfiggere in solitaria. Va affrontata insieme, con pazienza, senza fretta di tornare a come prima.*

CAPITOLO 9

Storie dal mio studio



> *Le persone che leggerai in queste pagine non esistono. Sono composizioni — frammenti di percorsi diversi, uniti in tre profili di fantasia, costruiti per rispettare fino in fondo la riservatezza di chi si è seduto davanti a me in questi anni. Ma ogni dinamica, ogni frase, ogni momento di svolta che racconto è reale.*

Marco, 29 anni — "Devo riuscirci a tutti i costi"

Marco arriva in studio accompagnato da un'ansia che si vede prima ancora che si racconti. Da circa otto mesi, con la sua partner, l'erezione va e viene in modo imprevedibile. Con sé stesso, da solo, non ha alcun problema. Le erezioni notturne sono presenti.

Il quadro parla chiaro: nessun segnale organico, un esordio legato a un singolo episodio di "fallimento" mai davvero elaborato, e un consumo di pornografia iniziato prestissimo. Marco non ha un problema al corpo. Ha un corpo che ha imparato a temersi.

Lavoriamo su tre livelli: la decostruzione dell'ansia da prestazione, un percorso graduale di riduzione della pornografia, e la ricostruzione di un linguaggio sessuale non più centrato solo sulla performance. Dopo alcuni mesi, Marco non mi racconta più "se ce l'ho fatta o no". Mi racconta cosa ha sentito, cosa ha scoperto di sé.

Luca, 58 anni — "Pensavo fosse solo una questione di età"

Luca arriva da me dopo la visita da un andrologo, che gli ha confermato un quadro misto: una componente vascolare legata a un diabete tipo 2, e una componente d'ansia aggiuntasi nel tempo. Il lavoro con Luca parte da una premessa che gli è, all'inizio, difficile da accettare: non tutto si risolve con una sola leva.

Con Luca lavoriamo molto sull'accettazione — non come resa, ma come base da cui ripartire. Un momento di svolta arriva quando smette di misurare ogni rapporto come una "prova superata o fallita", e inizia a raccontarmi cosa prova, non solo cosa succede al suo corpo.

Simone e Chiara — "Non sapevo più come parlargliene"

Simone arriva in studio da solo, ma la sua difficoltà non riguarda solo lui. Da qualche mese evita l'intimità con Chiara, la sua compagna da sei anni, senza averle mai spiegato perché. Nessuno dei due ha mai detto all'altro cosa pensa davvero.

Quando propongo di coinvolgere Chiara in due incontri di coppia, qualcosa si sblocca. Simone le dice, per la prima volta: "Non è che non ti desidero. È che ho paura di deluderti, e quella paura mi blocca più di quanto tu possa immaginare." Chiara scoppia in lacrime — di sollievo, prima ancora che di dolore. Il silenzio, che per mesi aveva fatto più danni della disfunzione stessa, si è rotto.

Cosa hanno in comune queste storie

Sono arrivati pensando che il problema fosse solo il corpo. Hanno scoperto che il problema riguardava anche il modo in cui si stavano raccontando quel corpo. Il cambiamento vero è iniziato quando hanno smesso di combattere in silenzio, da soli.

CAPITOLO 10

Le domande che mi fate più spesso



Ecco le domande che, in una forma o nell'altra, sento ripetersi più spesso in studio. Le risposte qui sono necessariamente generali: la tua situazione specifica merita sempre una valutazione dedicata, non una risposta da libro.

1. Se ho la disfunzione erettile, vuol dire che non sono più attratto dalla/dal mia/mio partner?

Nella grande maggioranza dei casi, no. L'erezione dipende da un equilibrio tra corpo, mente e contesto emotivo — non è un termometro diretto del desiderio.

2. I farmaci per la disfunzione erettile creano dipendenza?

No, gli inibitori della PDE5 non creano dipendenza farmacologica. Può crearsi, in alcuni casi, una "dipendenza psicologica" — la sensazione di non poter avere un rapporto senza il farmaco — che vale la pena affrontare in un percorso psicologico.

3. Un calo occasionale è normale, o devo preoccuparmi?

È normale, e capita alla maggior parte degli uomini nella vita. Si parla di disfunzione erettile solo quando la difficoltà è persistente o ricorrente per almeno sei mesi.

4. La pornografia o la masturbazione causano la disfunzione erettile?

Non in sé. È l'uso compulsivo, precoce o disconnesso dal corpo a poter alterare la risposta agli stimoli reali nel tempo.

5. Posso risolvere la disfunzione erettile da solo, senza rivolgermi a uno specialista?

Alcuni cambiamenti di stile di vita puoi iniziarli da solo. Ma una valutazione professionale resta importante per escludere cause organiche e avere un accompagnamento nel lavoro psicologico.

6. Quanto dura un percorso di terapia sessuologica per la DE?

Non esiste una durata standard. In generale, i primi cambiamenti percepibili arrivano spesso già nelle prime settimane; un lavoro più profondo richiede solitamente qualche mese.

7. Prendo farmaci per la pressione o per la depressione: è colpa loro?

Può essere una delle cause. Ma non modificare mai un trattamento da solo: parlane con il medico che te lo ha prescritto.

8. La disfunzione erettile è reversibile, o è per sempre?

Nella maggior parte dei casi è trattabile e migliorabile. Anche nei casi con una componente organica importante, esistono percorsi che permettono un miglioramento significativo.

9. Devo dirlo subito al mio/alla mia partner?

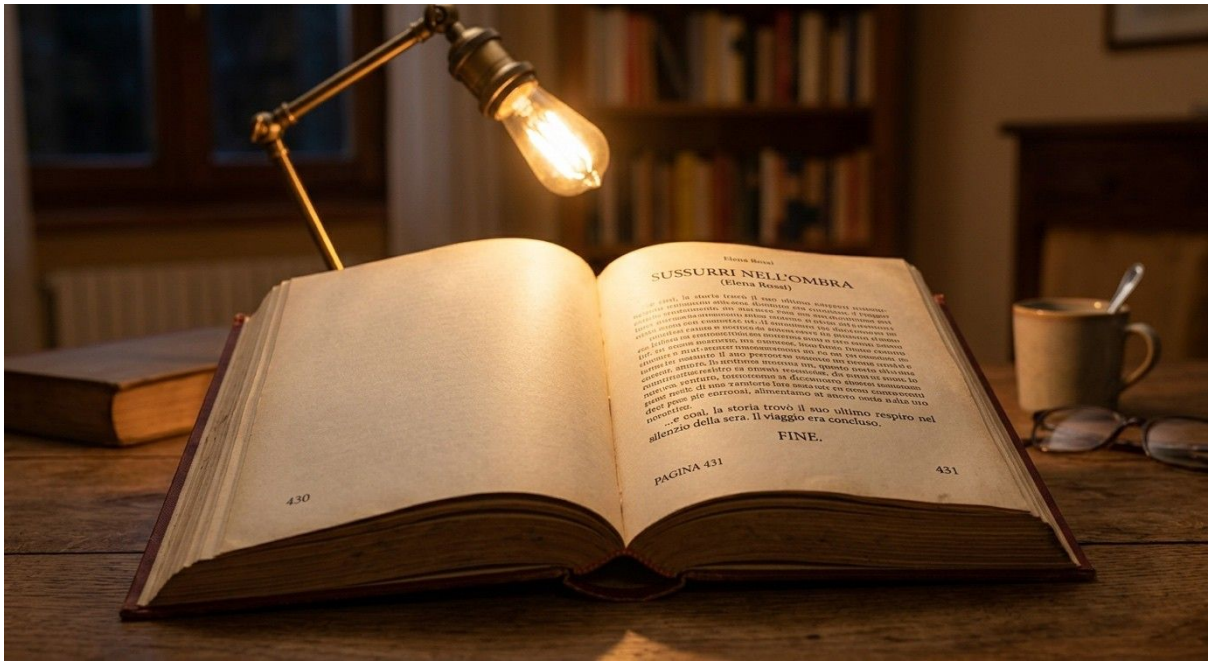
Non esiste un "subito" giusto per tutti. Sappiamo però che il silenzio prolungato tende a fare più danni della difficoltà in sé.

10. Che differenza c'è tra andrologo, sessuologo e psicoterapeuta? Chi contatto per primo?

Non c'è un ordine obbligato. L'andrologo/urologo valuta l'aspetto organico; il sessuologo clinico — spesso anche psicoterapeuta — lavora sulla componente psicologica e relazionale. Molte persone iniziano con una valutazione medica per poi proseguire con un percorso psicologico, ma nulla vieta di iniziare dal colloquio psicologico.

CAPITOLO 11

Cosa aspettarsi da un primo consulto



Il passo più difficile è quasi sempre il primo

Se sei arrivato fin qui, probabilmente una parte di te si sta chiedendo se sia il momento di fare quel primo passo. E probabilmente, insieme a quel pensiero, sta affiorando una domanda molto pratica: "Ma cosa succede, davvero, in un primo incontro?"

Quello che un primo consulto NON è

- Non è un esame che puoi "passare" o "fallire"
- Non devi arrivare con le idee già chiare
- Non implica un impegno a lungo termine
- Non ti verrà chiesto nulla di più di quanto tu sia pronto a condividere

Come si svolge, concretamente

Una seduta dura 45-50 minuti. Non ci sono esami fisici, non c'è nulla di invasivo: è, semplicemente, una conversazione. Ti verrà chiesto di raccontare, con le tue parole e senza fretta, cosa ti ha portato a contattarmi. Non è un interrogatorio. È più simile a un primo disegno della mappa.

Al termine di questo primo incontro, dedico sempre un momento a spiegarti come lavoro: quale metodo seguo, cosa puoi aspettarti dalle sedute successive, come si costruisce il percorso insieme. Non è un dettaglio organizzativo — è parte della cura stessa. Sapere come si viene accompagnati è già un primo modo per sentirsi meno soli davanti al problema.

La riservatezza non è uno slogan

Tutto quello che porti in seduta resta in quella stanza. È un principio deontologico non negoziabile, ed è probabilmente la garanzia più importante che posso offrirti prima ancora di conoscerti.

Cosa succede dopo il primo incontro

Qui, di solito, capita qualcosa che non ci si aspetta: niente. Non ti chiedo di decidere subito se continuare, né di tirare conclusioni a caldo. Ti invito, piuttosto, a lasciar sedimentare quello che è stato detto. Le parole di una prima seduta hanno bisogno di tempo per depositarsi — un po' come la sabbia in un bicchiere d'acqua, che va scossa perché torni limpida.

In quei giorni successivi, la domanda giusta da farti non è "è stato bravo?". Non è una valutazione sulla mia competenza che ti serve — è un'altra cosa, più intima e più utile: cosa ha smosso, in te, quell'ora di conversazione? Cosa ti sei portato addosso, nel corpo, uscendo dallo studio — una leggerezza, una tensione, un respiro più libero, un nodo alla gola? E a livello emotivo, cosa hai sentito affiorare che magari non ti aspettavi?

Non è una domanda retorica. È il primo strumento clinico che ti do: imparare ad ascoltarti, prima ancora di iniziare un vero percorso. Se in quel primo colloquio ti sei sentito a tuo agio — se hai percepito uno spazio in cui potevi dire le cose senza doverle già avere chiare — è un'informazione preziosa quanto qualunque diagnosi. Se non ti sei sentito comodo, anche questo è un dato da ascoltare, non un fallimento da nascondere.

Sulla base di questo primo orientamento condiviso decidiamo, insieme, i passi successivi: se il quadro sembra richiedere prima una valutazione medica, se ha senso iniziare subito un lavoro psicologico, o se può essere utile coinvolgere anche il/la partner. Non c'è nessuna pressione a continuare se senti che non è il momento giusto.

> *Serve solo essere disposti a fare una prima conversazione onesta. Tutto il resto — il metodo, i tempi, la fiducia — si costruisce insieme, un passo alla volta.*

Se senti che potrebbe essere il momento di fare quel primo passo, puoi scrivermi: trovi tutti i miei contatti nelle ultime pagine di questo libro.

CAPITOLO 12

Un’ultima parola



Sei arrivato alla fine di questo libro. E se sei arrivato fin qui, probabilmente non lo hai fatto per curiosità. Lo hai fatto perché una parte di te si è riconosciuta — in una statistica, in una storia, in una frase detta da un paziente che non esiste ma che, in fondo, esiste in ognuno di noi.

Abbiamo attraversato insieme molte stanze di questo tema. Abbiamo parlato del corpo, della mente, di prevenzione, di giovani uomini, di identità, di coppia, di silenzi che pesano più delle parole che non sono mai state dette.

> *Se c’è un filo che tiene insieme tutte queste stanze, è questo: la disfunzione erettile non è mai stata, in queste pagine, un problema da risolvere in fretta. È stata una porta.*

Una porta verso una domanda più grande di quanto sembrasse all’inizio: che tipo di uomo voglio essere, oltre alla prestazione? Che tipo di intimità voglio costruire, oltre l’aspettativa?

Non tutti i lettori di questo libro arriveranno mai a sedersi di fronte a me, o a un altro professionista. E va bene così. L’obiettivo vero era offrirti uno spazio in cui poter pensare a questo tema senza vergogna. Anche solo per il tempo di questa lettura.

Se ci sono riuscito anche solo in parte, allora qualcosa si è già mosso. Perché il cambiamento, quasi sempre, non comincia con una decisione grande. Comincia con un pensiero che prima non ti permettevi di avere, e che oggi, forse, ti permetti.

Chiudo con le stesse parole con cui ho aperto questo libro, perché ora hanno un peso diverso da quando le hai lette la prima volta:

> *Ogni fragilità, se accolta, può diventare forza. Ogni sintomo, se ascoltato, può diventare una via.*

Il tuo prossimo passo — qualunque esso sia — è tuo.

Ma, come hai letto più volte in queste pagine: non sei solo.

Se vuoi fare il primo passo

Se qualcosa in queste pagine ti ha toccato, scrivimi: un primo colloquio è un buon punto da cui iniziare, senza impegno e senza fretta.

Sito web — www.inpsicologia.it

Instagram — @gabriele.di.mario

Email — info@inpsicologia.it

Telefono — 392 667 7555

Inquadra il codice per seguirmi su Instagram

Se questo libro ti è stato utile, condividilo con chi pensi possa averne bisogno — o taggami su Instagram con un pensiero o una domanda: leggo ogni messaggio.

Bibliografia

American Psychiatric Association. (2022). DSM-5-TR: Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (5ª ed.). Raffaello Cortina Editore.

Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA). Nota 75. aifa.gov.it/nota-75

Boncinelli, V., Rossetto, M., & Veglia, F. (2021). Sessuologia clinica. Erickson.

Capogrosso, P., et al. (2013). One patient out of four with newly diagnosed erectile dysfunction is a young man. The Journal of Sexual Medicine, 10(7), 1833-1841.

Camusso, V. (2020). L'intervento sessuologico nella disfunzione erettile. Medical Center.

Chevret, M., et al. (2004). Quality of sexual life and satisfaction in female partners of men with ED. Journal of Sex & Marital Therapy, 30(3), 141-155.

Dettore, D. (2009). Teoria e terapia cognitivo comportamentale dei disturbi sessuali. Edizioni Fioriti.

Dorey, G., et al. (2005). Pelvic floor exercises for erectile dysfunction. BJU International, 96(4), 595-597.

Esposito, K., et al. (2004). Effect of lifestyle changes on erectile dysfunction in obese men. JAMA, 291(24), 2978-2984.

Esposito, K., et al. (2006). Mediterranean diet improves erectile function in subjects with the metabolic syndrome. International Journal of Impotence Research, 18(4), 405-410.

European Association of Urology (EAU). (2026). EAU Guidelines on Sexual and Reproductive Health. uroweb.org

Graziottin, A. (2018). Ormoni e sessualità maschile e femminile. Verduci Editore.

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

Lue, T.F. (1988). In Tanagho, E.A., & McAninch, J.W. (a cura di), Smith's General Urology (12ª ed.). Appleton & Lange.

Masters, W.H., & Johnson, V.E. (1966). Human Sexual Response. Little, Brown and Company.

Mirone, V., et al. (2002). Did men with erectile dysfunction discuss their condition with partner and physicians? International Journal of Impotence Research, 14(4), 256-258.

Nguyen, H.M.T., Gabrielson, A.T., & Hellstrom, W.J.G. (2017). Erectile dysfunction in young men. Sexual Medicine Reviews, 5(4), 508-520.

Parazzini, F., et al. (2000). Frequency and determinants of erectile dysfunction in Italy. European Urology, 37(1), 43-49.

Pescini, F. (2017). La disfunzione erettile negli under 40.

Pistuddi, A. (2021). Sexual Addiction e disturbo grave della sessualità. Atti del Congresso SIPRe.

Rosen, R.C., et al. (1997). The international index of erectile function (IIEF). Urology, 49(6), 822-830.

Rosen, R.C., Cappelleri, J.C., et al. (1999). Development and evaluation of an abridged, 5-item version of the IIEF (IIEF-5). International Journal of Impotence Research, 11(6), 319-326.

Sessa, A. (2015). La disfunzione erettile. SIMG.

SIU – Società Italiana di Urologia; AOGOI. (2020). I numeri delle disfunzioni sessuali in Italia.

Se questo lavoro ti è piaciuto e lo hai trovato utile, sarebbe per me un grande piacere ricevere il tuo supporto. Se ti va, puoi lasciare una recensione su Google a questo link: https://g.page/r/CXyV4uhIMXHeEBM/review o iniziare a seguirmi sui miei canali social.

Inoltre, il tuo punto di vista è prezioso: mi piacerebbe moltissimo ricevere un tuo feedback sul libro. Scrivimi pure per farmi sapere se ti è stato utile, se avresti gradito l'approfondimento di altri argomenti o se hai domande a cui posso rispondere. Puoi farlo liberamente e senza impegno via mail all'indirizzo: info@inpsicologia.it.

Grazie di cuore!



Non è un fallimento.
È un messaggio.

La disfunzione erettile non riguarda soltanto il corpo: tocca l'identità, la relazione, la paura di non essere all'altezza. Questo libro accompagna a leggerla con chiarezza, tra fisiologia, mente e coppia, con spiegazioni accessibili, storie dallo studio e strumenti pratici per ritrovare una sessualità più consapevole, libera e viva.

CAPIRE · PREVENIRE · AFFRONTARE INSIEME · IL PASSO SUCCESSIVO

L'AUTORE

Gabriele Di Mario

Psicologo, psicoterapeuta ad approccio Biosistemico, con competenze in EMDR e ipnosi Ericksoniana, sessuologo clinico. Riceve a Roma presso IO-ME Centro Psicologia Sabina.

SITO	www.inpsicologia.it
EMAIL	info@inpsicologia.it
TEL.	392 667 7555
INSTAGRAM	@gabriele.di.mario

SEGUIMI SU INSTAGRAM

Foto di copertina di Luigi Pompili

Edizione digitale gratuita, distribuita a scopo divulgativo

Questo libro non sostituisce una valutazione medica o psicologica personalizzata