

Forse la **definizione** più appropriata l'ha data Helen Kaplan: la E.P. è quella condizione per cui un uomo è incapace di esercitare un controllo volontario sul proprio riflesso eiaculatorio.

CAUSE

Analogamente si potrebbe dire che la disparità di vedute esiste anche in merito alle possibili cause. Esse spaziano dalla teoria psicoanalitica che sostiene che l' E.P. è l' espressione di inconsci sentimenti sadici nei confronti della donna che viene così lordata e privata contemporaneamente del piacere, alla teoria relazionale secondo la quale l'E.P. sarebbe la conseguenza di una sorta di competizione all'interno della coppia, un atto di ribellione dell'uomo nei confronti della propria donna, ad altre teorie tutte più o meno valide.

In ogni caso **l' eiaculatore precoce** è un uomo che non riconosce l'imminenza del momento eiaculatorio, che non riconosce le sensazioni del piacere perché, temporalmente, è sempre un passo avanti. In genere si tratta di una persona che vive "di corsa"; mangia molto rapidamente -spesso senza apprezzare quello che mangia-, cammina o guida sempre in fretta. Alla base di tutto ciò c'è sicuramente l'ansia. Un'ansia intrapsichica, tipica di una personalità a forti tinte narcisistiche, che non sa investire sull' altro. A livello relazionale, questi pazienti vivono il rapporto sessuale come una prova d' esame con la partner che hanno paura di perdere, ma nei confronti della quale c' è anche un sottile senso di ostilità. Sotto l'influenza dell' ansia, l' arco riflesso nervoso dell' eiaculazione viene alterato, viene allungato, viene posto sotto il controllo del Sistema Nervoso Centrale. Qualcuno ha voluto mettere in rapporto l'E.P. con talune professioni che costringono a ritmi di lavoro irregolari o a frequenti spostamenti (autisti, rappresentanti di commercio, agenti di polizia, addetti alla manutenzione di impianti ecc). Se chiedete ad un paziente con E.P. come si sente prima di un rapporto, vi dirà che è estremamente eccitato e che il pensiero che di lì a poco farà del sesso lo mette in ansia, ansia che si trasforma poi in angoscia sapendo che anche quella volta andrà probabilmente incontro ad un insuccesso. In qualche modo si riscatta affermando che non ha e non ha mai avuto problemi di erezione; quando però, si trova di fronte alla propria partner (dalla quale, in genere si sente sempre fortemente attratto) cerca di sorvolare sui preliminari -che accentuerebbero oltremodo la sua eccitazione- e di arrivare subito alla penetrazione per tentare di "durare"; il più possibile.

TRATTAMENTO

Il trattamento ha dunque lo scopo di ricondurre questi pazienti ad acquisire il controllo volontario del riflesso eiaculatorio sottraendolo così al riflesso spinale automatico. E' evidente che ci possono essere dei conflitti sessuali specifici al di sotto del sintomo, ma in questo caso, chi si occupa di terapie sessuali può anche lasciarli temporaneamente da parte e mirare alla risoluzione del sintomo principale: ciò anche in virtù del fatto che l' E.P. risponde in genere molto bene alle terapie sessuali brevi di tipo mansionale anche in periodi di tempo piuttosto contenuti (2-4 mesi).

La terapia mansionale si basa su una serie di compiti che verranno affidati dal terapeuta alla coppia, compiti che dovranno vedere una partecipazione attiva e diretta della partner che giocherà dunque un ruolo fondamentale nel raggiungimento del "goal" terapeutico. Molto schematicamente possiamo dire che gli aspetti fondamentali dell'iter terapeutico seguito sono:

informazione, consigli per migliorare la comunicazione all'interno della coppia, assegnazione di compiti (es: focalizzazione sensoriale non genitale e genitale, tecniche specifiche ecc.) volti al

recupero graduale della normale funzione, discussione ed analisi dei risultati.

Ultimamente ci si è posti il problema di come affrontare il disturbo di base in soggetti privi di una partner fissa: in taluni casi è possibile trattare il sintomo sessuale attraverso opportune modifiche dello schema terapeutico generale pur mantenendo inalterate le tre tappe fondamentali: l'assegnazione di compiti, la supervisione e l'opera educativa.

Vorrei concludere sottolineando proprio quest'ultimo aspetto: spesso alla base di un disturbo sessuale sta una conoscenza ed un'informazione deficitarie che finiscono poi per condizionare un'errata educazione alla sessualità. Per questo è importante che chi si occupa di terapie sessuali non dimentichi mai di affrontare problematiche che, ad una prima analisi, possono sembrare ovvie e banali.

Sandro Viglino Sessuologo
pubblicazione del 1995