

TRAINING SESSUALE SOFROLOGICO, PER IL CONTROLLO DELL'EIACULAZIONE PRECOCE

L'eiaculazione precoce, nella maggior parte dei casi non è una malattia, ma una condizione naturale dell'uomo che può essere sottoposta al controllo della volontà attraverso l'addestramento, così come – ad esempio – da bambini impariamo a controllare la minzione (espulsione dell'urina).

L'eiaculazione precoce

L'importanza assunta dal controllo dell'eiaculazione negli ultimi anni non è scaturita da una maggior attenzione al piacere, come alcuni sostengono, ma dalla necessità sociale di soddisfare sessualmente la partner. La rivoluzione sessuale, iniziata con Freud che individua la centralità della sessualità nelle dinamiche psichiche, ha portato progressivamente e legittimamente le donne a richiedere l'appagamento durante i rapporti sessuali. Un mutamento di ruolo che prevede, nell'universo femminile, il raggiungimento dell'orgasmo paritariamente ad i loro partner. Da qui, l'inizio della autoconsapevolezza maschile di dover avere tempi sufficienti d'interazione sessuale –ed in particolare di penetrazione- per consentire alla donna di raggiungere il proprio orgasmo, che mediamente ha un periodo più lungo di maturazione rispetto a quello degli uomini.

Si è scritto molto intorno a questo argomento: vediamo di fare un po' di chiarezza - seppur schematicamente - proponendo un modello risolutivo che possa contribuire a liberare gran parte degli uomini dall'angoscioso problema dell'eiaculazione precoce.

Breve glossario

Latenza (eiaculatoria): periodo che va dall'inizio dell'interazione sessuale all'eiaculazione.

Urgenza eiaculatoria: momento in cui insorge irrefrenabilmente la necessità d'eiaculare.

Controllo volontario (della fase pre-orgasmica): controllo volontario mediante il quale il soggetto è in grado di decidere il momento di eiaculare.

Definizioni

Riportiamo alcune *classiche* definizioni di eiaculazione precoce:

- Incapacità dell'uomo ad inibire l'eiaculazione abbastanza a lungo per consentire alla propria partner di raggiungere l'orgasmo nel 50% dei rapporti (Masters e Johnson, 1970).
- Assenza di controllo volontario dell'eiaculazione (Helen S. Kaplan, 1974).
- Persistente o ricorrente eiaculazione con minima stimolazione sessuale prima, durante o subito dopo la penetrazione e prima che la persona lo desideri (DSM-III R, 1987).

Esistono poi numerosi tentativi di definire l'e.p. attraverso il numero di minuti o di spinte intravaginali, ma tralasciamo di citarle per l'evidente labilità di tali limiti.

Proponiamo, invece, una definizione che concorda sostanzialmente con quella della Kaplan, ma cui aggiungiamo una chiosa che rende meno rigida e più realistica la categorizzazione:

“Si ha eiaculazione precoce quando vi è assenza di controllo volontario dell'eiaculazione, con tempo di latenza (vedi glossario) insufficiente al compimento di un rapporto sessuale soddisfacente”.

Per rendere però più chiara questa definizione è necessario precisare che:

1) pur non avendo un controllo volontario dell'eiaculazione, un soggetto può avere una latenza soddisfacente;

2) la latenza (anche se lunga, 20-30 minuti, ad esempio) non è mai una garanzia. Infatti, un soggetto con una latenza soddisfacente può trovarsi in situazioni a forte contenuto emozionale o in un periodo di grande stress in cui vede azzerarsi completamente la latenza e s'imbatte improvvisamente nella condizione dell'eiaculazione precoce.

3) La latenza media della popolazione italiana è stimata tra i 5 ed i 15 minuti nel 50% della popolazione maschile.

E' comunque sconsigliabile per coloro che hanno una latenza ritenuta soddisfacente intraprendere qualsiasi percorso per raggiungere il controllo volontario dell'eiaculazione, in quanto è possibile che la loro latenza si mantenga comunque per l'intera vita.

Va in ultimo notato che il mancato controllo volontario dell'eiaculazione è difficilmente inquadrabile come patologia, poiché è questa una condizione naturale dell'uomo, che può essere superata con l'addestramento. L'assoluta ingestibilità dell'eiaculazione: a pene flaccido o all'atto della penetrazione o subito dopo l'introduzione del pene nel corpo altrui, se si escludono patologie organiche e psichiche, può poi essere in alcuni casi compresa come un “modo d'essere” (che si accompagna spesso a voracità, fretteolosità, comportamento ipercinetico, ecc.) ed anche in tale caso è possibile correggerla attraverso adeguato addestramento.

Epidemiologia ed eziologia

Proprio per la relatività e soggettività del concetto di soddisfazione sessuale (individuale e della partner) è impossibile rilevare percentuali esatte di comportamenti con evidenza di e.p.. Possiamo riportare solo stime ufficiose che individuano dal 25 al 40% i soggetti che lamentano tale disturbo tra la popolazione maschile in Italia.

Il mancato controllo volontario dell'eiaculazione può essere aggravato da:

Patologie urologiche: uretrite, prostatite, frenulo corto, ecc....

Patologie andrologiche: disfunzione erettile

Patologie neurologiche: sclerosi multipla, tumori spinali, ecc....

Patologie sistemiche: diabete mellito, arterio sclerosi, ecc....

Psicopatologie: disturbi d'ansia, depressione, ecc....

Fattori psicologici: individuali o relazionali.

Per quanto riguarda la interdipendenza tra disfunzione erettile ed e.p., è necessario sottolineare che spesso l'una influenza l'altra e viceversa. Non è, infatti, infrequente che per *paura* di eiaculare precocemente si sviluppi una risposta d'ansia capace d'impedire l'insorgere dell'erezione o che la *paura* di perdere l'erezione durante la penetrazione acceleri oltremodo l'eiaculazione subito dopo aver introdotto il pene in vagina.

Approccio diagnostico

L'eiaculazione precoce deve in prima istanza essere accertata e diagnosticata dallo specialista urologo o andrologo. Dopo di ché, escluse cause organiche, si procederà ad un accurato studio psicosessuologico.

Dopo la rimozione (ove possibile) di eventuali cause organiche e di disturbi psicopatologici il paziente può essere avviato ad un addestramento per l'incremento dei tempi di latenza o il raggiungimento del controllo volontario dell'eiaculazione.

Se un soggetto risulta esente da disturbi organici e psichici può essere indirizzato direttamente all'addestramento.

Addestramento al controllo dell'eiaculazione

Molti soggetti nel tempo hanno sviluppato autonomamente "sistemi" di controllo dell'eiaculazione più o meno efficaci. Tra i più frequenti si nota il distogliere il pensiero dall'attività sessuale portandolo verso sforzi di concentrazione (contare i fiori della tappezzeria, ...), sforzi di memoria (elencare i giocatori di una data formazione di football,...) pensieri neutri (un

tramonto,...) o – peggio ancora – verso pensieri ansiogeni (esami, scadenze, persino la morte!). **Tali “sistemi” sono altamente sconsigliati** in quanto, se anche all’inizio possono portare qualche beneficio ritardando l’ejaculazione, nel tempo tendono a creare i così detti “vuoti di carburazione”, ovvero sganciamenti improvvisi della libido che producono perdita dell’erezione.

I metodi più tradizionali di controllo dell’ejaculazione sono:

1) lo *squeezing*: addestramento per la coppia, in cui la partner dopo masturbazione, al momento dell’ejaculazione comprime decisamente con due mani il glande del partner fino a produrre un blocco dell’ejaculazione (!). Come ben immaginabile, questo metodo - nato più di 30 anni fa - non è più ragionevolmente utilizzato ed è sconsigliabile per i disturbi collaterali che può produrre (disfunzione erettiva, anorgasmia, perdita del desiderio);

2) lo *stop and start*, altrettanto datato, che consiste nel far addestrare il soggetto a fermarsi durante l’automasturbazione quando sente sopraggiungere l’urgenza eiaculatoria. Tale pratica va poi utilizzata con il concorso della partner in eteromasturbazioni e durante la penetrazione. Anche questo metodo è sostanzialmente caduto in disuso, poiché necessita di molto tempo d’addestramento, frequenti automasturbazioni (difficilmente praticabili da un soggetto adulto) ed il concorso, in un secondo tempo, di una partner collaborativa.

Va però detto che - come sottolineava la Kaplan - questo metodo può contribuire a far emergere e rendere chiare le sensazioni pre-orgasmiche. Nota, infatti, la Kaplan che chi soffre di e.p. non ha una percezione chiara delle sensazioni pre-orgasmiche ed è quindi impossibilitato ad esercitare un adeguato controllo del riflesso eiaculatorio. Il problema resta il lungo allenamento (anche in coppia) e soprattutto il fatto che nel momento in cui vengono individuate le sensazioni pre-orgasmiche non si propone nulla di realmente valido per controllarle;

3) il **Training Sessuale Sofrologico (TSS)**, per il controllo dell’ejaculazione precoce che da oltre 15 anni risulta estremamente valido ed efficace.

<p style="text-align: center;">Training Sessuale Sofrologico (TSS) per il controllo dell’Eiaculazione precoce</p>

Prima d’iniziare la descrizione del TSS, è necessario sottolineare che non si tratta di una terapia, ma di un addestramento.

E’ pertanto ovvio che il soggetto il quale inizi il training deve aver ben compreso che i risultati dipendono in gran parte dalla diligenza e dalla costanza con le quali si addestrerà.

Il Training Sessuale Sofrologico si articola in tre momenti fondamentali: primo, l'utilizzo di consolidate **tecniche di rilassamento**; secondo, l'applicazione di **metodi percettivi**; le **tecniche di controllo**.

1) Inizialmente il rilassamento viene stimolato solo a livello fisico, poi con il progredire dell'allenamento si producono le condizioni per una profonda distensione mentale che si sostanzia in uno stato di estrema calma e di completo benessere.

2) Anche i metodi percettivi si attuano sia sul piano fisico che su quello psichico. L'iperpercezione che si sviluppa consiste, infatti, nella capacità di attivare una percezione chiarissima che possiamo orientare in direzione del corpo. Tale capacità viene, nello specifico, indirizzata verso le sensazioni fisiche che precedono ed accompagnano le fasi dell'erezione e dell'eiaculazione. Si attuano in questo modo delle *focalizzazioni sensoriali* che progressivamente portano il soggetto a conoscere con grande esattezza –in termini di esperienza diretta- il proprio corpo ed i meccanismi che si mobilitano durante l'attività sessuale, consentendogli di attuarne il necessario controllo attraverso tecniche apprese.

3) Le tecniche di controllo dell'eiaculazione

Le tecniche di controllo dell'eiaculazione del Training Sessuale Sofrologico

Le tecniche principalmente utilizzate all'interno del Training Sessuale Sofrologico sono: la distribuzione e la dislocazione sensoriale che, spostando la percezione verso altre parti del corpo, consentono di attenuare lo stimolo dell'eiaculazione, aumentando i tempi dell'attività sessuale.

La distribuzione sensoriale prevede la concentrazione della percezione in ampie zone del corpo (ad esempio, la schiena); mentre la **dislocazione sensoriale** permette di concentrarsi su piccoli segmenti del corpo (ad esempio, le mani o i piedi). In entrambi i casi, se utilizzate correttamente, le tecniche consentono in 15-20 secondi di rallentare l'urgenza eiaculatoria fino a far regredire lo stimolo dell'eiaculazione.

In ultimo, può essere utilizzata una particolare concentrazione sulle diverse fasi della respirazione (detta *ciclo della respirazione*) che può integrare le precedenti tecniche.

Il Training Sessuale Sofrologico (TSS) per il controllo dell'eiaculazione precoce ha mediamente una cadenza settimanale, con sedute di 60 minuti.

La durata media di un training per il controllo dell'eiaculazione è di circa 4 mesi.

Si precisa che il Training si svolge sdraiati, vestiti, in posizione di relax e senza dover fare alcun movimento, in quanto i procedimenti che si attivano sono interni.