

# « Ça va vite, je suis incapable de... »

L. ROSSI

**RÉSUMÉ** : À partir de l'analyse quantitative et qualitative de 17 situations d'éjaculation précoce (EP) ayant consulté à l'Unité de gynécologie psychosomatique et de sexologie de Genève durant ces quatre dernières années et ayant été suivis en approche sexocorporelle, nous allons mettre en évidence différents aspects tels que :

- la description et l'explication de leur trouble sexuel par la personne qui consulte ;
- le vécu corporel lors de l'excitation, dont le consultant est conscient lors du bilan sexocorporel ;
- le ressenti psychique lié à ce trouble ;
- le retentissement de ce trouble sexuel sur la relation de couple ;
- notre observation corporelle de la personne (centration, tonicité, posture) ;
- d'autres composantes physiologiques et psychiques telles que les sources d'excitation, les codes d'attraction, l'identité sexuelle ;
- la description et l'explication des changements, voire des améliorations de leur capacité dans la gestion de leur tension sexuelle dans le plaisir et en ayant la possibilité de pouvoir décider eux-mêmes de la décharge orgasmique.

**Linda Rossi** a d'abord travaillé en tant que psychomotricienne pour enfants pendant plus de dix ans à Lugano (Suisse-Italienne). Devenue psychologue-psychothérapeute FSP (Fédération Suisse des psychologues-psychothérapeutes) à Genève, elle s'est spécialisée en sexologie clinique auprès de l'Unité de gynécologie psychosomatique et de sexologie. Depuis 1991, elle pratique l'approche sexocorporelle dans laquelle elle s'est initialement formée en France (Cifres) avec le Professeur Jean-Yves Desjardins. À Genève, elle a organisé la formation en approche sexocorporelle et en même temps qu'elle continuait sa formation en tant que co-animatrice (organisation et co-animation des séminaires "Vivre en amour" à Lugano et à Genève). Depuis trois ans, elle professe en libéral comme sexologue-clinicienne à Lugano.

Il s'agit ici de la présentation du travail thérapeutique effectué par l'auteur à l'Unité de Gynécologie psychosomatique et de sexologie de Genève avec des hommes ayant consulté pour une éjaculation précoce (EP). Le modèle thérapeutique utilisé est l'approche sexocorporelle élaborée par J.-Y. Desjardins et son équipe. Nous donnerons d'abord une définition de l'éjaculation rapide : « L'éjaculateur rapide est un homme qui éjacule vite et fort, avec une excitation de bonne qualité et ayant une forte libido. C'est ce que Desjardins appelle un pur-sang. »

Pour développer ce thème, on va mettre en évidence les données quantifiables apparaissant lors du bilan sexocorporel et de la thérapie sexocorporelle (Tableau 1,2).

Il est intéressant de repérer la description et l'explication du problème sexuel données par le patient lors du bilan sexocorporel et de l'évolution de la thérapie sexocorporelle en cours de route et à la fin de la thérapie même.

La population des patients sur laquelle la recherche est constituée de 17 hommes ayant de 22 à 62 ans. 11 sont en couple et 6 n'ont pas de relation de couple au moment de la thérapie. 11 d'entre eux présentent une EP primaire, les 6 autres une EP secondaire.

## Description de l'éjaculation précoce

Quelle description l'homme consultant pour une EP donne-t-il de son

Tableau 1 : Population.

Nombre de patients		17 hommes
Âge	de 22-32 ans	11 hommes
	de 34-43 ans	5 hommes
	de 62 ans	1 an
Relation de couple	oui	11 hommes
	non	6 hommes
EP	primaire	11 ans
	secondaire	6 ans

Tableau 2

Fréquence du besoin sexuel	1 fois par jour	12 hommes
	2-4 fois/sem.	3 hommes
Durée de la pénétration	0-2"	3 hommes
	< 1'	7 hommes
	1' - 2' / 3'	4 hommes
	10'	1 homme
	?	2 hommes

### MOTS-CLÉS :

- Éjaculation précoce
- Approche sexocorporelle
- Bilan sexocorporel
- Tension sexuelle
- Excitation
- Codes d'attraction sexuelle
- Intrusivité sexuelle

problème ?

« Je vais trop vite, je suis incapable de contrôler mon éjaculation » ;

« Je peux pénétrer, mais très rapidement après j'éjacule » ;

« Chaque fois que je commence à faire l'amour, j'éjacule très vite... » ;

« Dans la relation avec une fille, j'atteins une excitation assez élevée et j'éjacule très rapidement après la pénétration... mais déjà lors des caresses sexuelles, j'ai une érection qui monte rapidement... Je sens quelque chose comme une marmite à vapeur qui se remplit rapidement, et pas de manière linéaire mais beaucoup plus vite » ;

« Je sens comme un point après quoi ce n'est plus possible d'arrêter, comme quelque chose qui m'échappe ».

Ici, la notion de contrôle et celle de temps se superposent : au fond ces hommes donnent l'impression de ne pas savoir gérer leur tension sexuelle dans le temps. En disant : « Ça a échappé à mon contrôle avant la jouissance de ma femme », cet homme introduit son inquiétude par rapport à la satisfaction de la partenaire.

On trouve alors des propos tels que :

« Je vais trop vite, je suis incapable de faire l'amour à une femme » ;

« Ce n'était pas agréable pour elle » ;

« Elle a été déçue et elle m'a dit d'aller voir un médecin » ;

« Ma copine en a marre de servir de réservoir » ;

« Avec ma femme, ça explose ».

Un autre patient se voit refuser les relations sexuelles par sa partenaire car « Ça va trop vite ».

Deux autres se sont retrouvés sans copine à cause de leur EP.

Un autre dit s'en inquiéter depuis qu'il a 18 ans : ainsi, depuis toujours, il a peur de ne pas satisfaire sa compagne.

15/17 admettent que ce problème a un retentissement – à différents degrés –, sur leur relation de couple.

Certains d'entre eux (5) parlent de l'anxiété qui s'est désormais installée par anticipation de l'échec et qui aurait empiré encore plus, c'est-à-dire : « Ça dure encore moins longtemps qu'au début du problème ».

Certains vont même plus loin en disant qu'ils ne se sentent pas à la hauteur, qu'ils ont un sentiment d'échec, un sentiment de dévalorisation de soi très fort, un manque de confiance en eux-mêmes.

Tableau 3 : Leurs hypothèses.

Le stress, les soucis	5 hommes
Forte sensibilité au niveau du gland	3 hommes
Trop grande pratique de la masturbation	2 hommes
Commencement tardif des relations sexuelles	2 hommes
Grande timidité	2 hommes
Temps trop long entre deux relations sexuelles	1 homme
Aucune explication	3 hommes

Tableau 4 : Vécu corporel.

Respiration	en haut	11 hommes
	en bas	4 hommes
	pas conscient	2 hommes
Mouvement	bassin plus dos	11 hommes
	bascule du bassin	3 hommes
	pas de mouvement	2 hommes
	pas conscient	1 homme
Tensions musculaires (TM)	oui	10 hommes
	non	2 hommes
	pas conscient	4 hommes
	incapable de localiser leurs TM	8 hommes
Mode excitatoire	mécanique	15 hommes
	(parfois) modulé	2 hommes

Un homme me dit se comparer à tout homme qu'il rencontre dans la rue :

« (...) Le plus sale, le plus moche, sait le faire mieux que moi. »

Un autre dit se sentir différent des autres hommes, un autre encore dit avoir peur d'aborder une femme à cause de cela. Pour finir, il y a celui qui se sent coupable car il est convaincu de ne pas pouvoir offrir le plaisir qu'il pourrait offrir.

Mais, ce qui paraît évident, c'est qu'ils ne sont pas du tout conscients de ce qu'ils doivent faire pour résoudre leur problème.

Un homme présentant une EP secondaire me dit : « J'ai jamais fait attention à ce que je dois retenir et comment. J'ai toujours laissé aller ; je ne sais pas ce qui fait aller bien ou pas bien les choses. »

## Explications

Les explications qui reviennent le plus souvent sont :

- le stress ;
- les soucis (5/17) ;
- mais 3 hommes attribuent leur problème à une forte sensibilité au niveau du gland ;
- 2 pensent que cela est dû à une trop grande pratique de la masturbation ;
- 2 autres au fait d'avoir commencé tardivement (25 et 30 ans) à avoir des rela-

tions sexuelles ; - 2 autres encore attribuent cela à leur grande timidité ;

- 1 seul pense qu'il peut y avoir un lien avec le temps qui passe entre deux relations sexuelles ;

- et un jeune homme attribue son EP au fait que sa nouvelle amie est trop excitante pour lui.

Il est étonnant de noter qu'aucun d'entre eux ne pense à quelque chose de lié au vécu corporel lors de l'excitation, ni au niveau des tensions musculaires, ni au mouvement, encore moins à la respiration (Tableau 3).

## Vécu corporel

En effet, lorsqu'on les incite à prêter attention au **vécu corporel** lors de l'excitation, au premier abord ils sont pris au dépourvu et la plupart ne peuvent donner aucun renseignement. Ce sera lors d'une deuxième rencontre qu'ils pourront dire que :

- chez 11/17, la respiration se situe au niveau de la poitrine, chez 4 d'entre eux, la respiration serait une respiration abdominale, 2 n'en savent rien ;
- relativement à la bascule du bassin, 11/17 admettent ne pas bouger leur bassin indépendamment de leur dos, la poussée venant des fesses ;
- 3 admettent être en mesure de faire ce

mouvement de bassin lors de la relation sexuelle ;

- 2 disent ne rien bouger du tout.

En ce qui concerne les tensions musculaires, 10 disent en avoir, mais moins de la moitié sont en mesure de détailler à quels endroits les tensions musculaires se situent lors de la montée de l'excitation.

À partir de l'investigation sexo-corporelle, on parvient aussi à déterminer par quel mode excitatoire ces hommes amènent leur tension sexuelle à la décharge et on constate que 15/17 adoptent uniquement un mode excitatoire mécanique (= vite et fort), deux seulement peuvent parfois le faire sur un mode modulé (Tableau 4).

## Aspects psycho-dynamiques

Concernant les aspects de la psychodynamique sexuelle, nous mentionnerons les sources d'excitation et les codes d'attraction sexuelle. Connaître les premières sert à établir où elles se situent, mais aussi à d'apprendre, à partir de leur imaginaire érotique, où ces hommes en sont par rapport à leur intrusivité sexuelle, élément important de l'identité masculine. Dans la population étudiée, on peut considérer que 10 hommes sont intrusifs, sexuellement parlant, au niveau de leur imaginaire. Ceci signifie qu'ils peuvent se voir, dans leur imaginaire érotique, comme acteurs et comme pénétrants.

Toujours à propos des sources d'excitation, on peut souligner le fait qu'aucun homme n'a moins de deux sources d'excitation reconnues : 8 en ont 4 et 4 hommes en ont 5 ! Tous admettent que la vue est une source sensorielle excitante, 13 mentionnent le contact ; chez 12 aussi les fantasmes érotiques jouent un grand rôle, et 8 sont excités par les films ou les journaux érotiques. Les rêves érotiques représentent une source d'excitation chez 5 hommes, que la voix et l'odeur de leur partenaire excitent aussi. En ce qui concerne les codes d'attraction sexuelle, nous observons que 11 hommes sont capables d'une bonne objectivation du corps de la femme, tandis que 6 en restent à un niveau global ou à des aspects romantico-séducteurs (Tableau 5). Lors de la masturbation, 7 personnes ont

Sources d'excitation		
	vision	17 hommes
	toucher	13 hommes
	fantasmes érotiques	12 hommes
	films, vidéos, journaux	5 hommes
	rêves érotiques	5 hommes
	ouïe	
	olfaction	
Intrusivité sexuelle	au niv. de l'imaginaire	10 hommes
	au niveau corporel	3 hommes
	à aucun niveau	5 hommes
Codes d'attraction sexuelle	Bonne objectivation du corps de la femme	11 hommes
	Peu d'objectivation du corps de la femme	6 hommes

Auto-érotisme		
	Incapables de gérer leur seuil d'éjaculation	7 hommes
	Capables de gérer leur seuil d'éjaculation	7 hommes
	Pas/plus de masturbation	3 hommes

Centration		
	En haut du corps	13 hommes
	Dans le bassin	4 hommes
Tonicité musculaire	Trop élevée et mal distribuée dans le corps	6 hommes
	Trop faible	5 hommes
	Normale	6 hommes
Posture	Trop ouverte dans le bas	8 hommes
	Trop ouverte dans le haut	6 hommes
	Adéquate	3 hommes

Nombre de séances		
	< 7	3 hommes
	8-17	10 hommes
	18-24	4 hommes
Résultats	Aucun, éjaculation à l'extérieur	4 hommes
	Prolongation de la durée de l'excitation et de la pénétration	13 hommes
	Capacité de décider du moment de l'éjaculation	4 hommes
	Encore en cours de thérapie	4 hommes

le même problème d'éjaculation précoce et ne parviennent pas à se contrôler. 7 autres n'ont pas de problème et 3 disent ne pas/plus se masturber (Tableau 6).

L'observation de la démarche et de la posture de ces 17 personnes permet de remarquer que le haut du corps chez 13 d'entre elles est prépondérant, que chez environ un tiers la tonicité est trop élevée et mal distribuée dans le corps, comme s'il y avait une concentration d'énergie dans le haut du corps ; finalement, 8 (environ la moitié) sont trop "ouverts" dans le bas de leur corps (Tableau 7).

Ces observations permettent de mettre en place pour chacun, à partir de l'analyse corporelle, un schéma thérapeutique

dont le but est d'apprendre à gérer l'excitation et à savoir éjaculer au moment voulu.

## Analyse du travail thérapeutique

Les 4 personnes qui ont interrompu la thérapie n'ont jamais adopté le travail sexo-corporel de manière concrète, tout en ayant adhéré du point de vue cognitif à notre présentation de l'approche sexo-corporelle lors du bilan.

Les autres (13 personnes) ont été en mesure, et ceci assez rapidement, de maintenir plus longtemps et dans le plaisir leur tension sexuelle, ce qui a permis

de prolonger le temps de pénétration jusqu'à 5 min au minimum. Plus précisément : 3 personnes jusqu'à 5 min ; 4 entre 5 et 10 min ; 6 entre 20 et 30 min 4/13 sont même capables de décider eux-mêmes du moment de leur éjaculation. À ce propos, il faut dire que ce n'était pas l'objet de leur demande initiale. En effet, ils avaient seulement souhaité lors de la consultation que la pénétration dure plus longtemps (Tableau 8).

Ce qu'on a d'abord pu remarquer chez eux, c'est la conscience accrue de leur corps lors de la montée de la tension sexuelle (sentant par exemple que les muscles fessiers se tendent fortement). Le premier impact positif sur la sexualité semble être dû à l'aptitude à bouger le bassin indépendamment du reste du corps et de façon coordonnée avec la respiration abdominale.

À la troisième séance déjà, un homme me disait constater, lors de la masturbation, une amélioration en basculant son bassin et pouvoir retarder ainsi son éjaculation, découvrant ainsi une autre dimension du plaisir.

Parallèlement à ces progrès, on retrouve une capacité à percevoir l'approche du point de non-retour et à s'arrêter à temps pour, éventuellement, se retirer, retrouver la maîtrise de soi, avant de recommencer. À la sixième séance, un homme se dit content car il est désormais capable d'anticiper le point de non-retour : il ralentit, se retire parfois, laissant retomber la tension musculaire, sans que la relation sexuelle soit perturbée.

Le plaisir s'accroît dès les premières améliorations. Un homme me dit que, comme la pénétration dure désormais 4 à 5 min, il est satisfait car il a beaucoup de plaisir et sait en donner.

Un autre s'aperçoit qu'en bougeant le bassin de manière souple, même si la pénétration ne dure pas plus longtemps encore, c'est plus agréable pour lui et pour sa femme.

Comme il est capable maintenant d'anticiper le point de non-retour et de contenir sa tension sexuelle, le plaisir de ce jeune homme est plus profond : « C'est bien autre chose, dit-il, qu'avant. Il parle de sa "nouvelle sexualité" où il y a aussi de "l'espace pour les sentiments" ».

Un homme présentant une EP secondaire et faisant partie de ceux qui ont atteint aussi la capacité de pouvoir choisir le moment de leur décharge orgasmique, me dit : - Rien à voir avec " avant le problème ". Maintenant il y a beaucoup plus de plaisir : avant et pendant l'éjaculation. Avant c'était mécanique : « Juste avant-arrière et pour le plaisir de décharger ».

## Effets secondaires sur la psychodynamique

On se rend compte finalement que ce travail a des effets secondaires sur la psychodynamique.

Par exemple, lorsqu'un homme conclut en disant qu'il est plus confiant, on peut en déduire que de meilleures capacités sexuelles, une meilleure gestion de la tension sexuelle, amènent aussi à une meilleure perception, à une meilleure image de soi, à l'assurance sexuelle, qui, elle, se caractérise par la fierté de soi, l'estime de soi, grâce à un minimum de narcissisme.

Le même homme qui, lors du bilan, disait se sentir différent des autres hommes, à la septième séance, constatant son aptitude à prolonger la masturbation, dit se sentir "plus homme" et, parvenant ensuite à faire durer 10 min la pénétration, dit qu'il se sent "fort".

## Conclusion

Pour conclure, nous nous référerons aux mots de cet homme de 35 ans qui, ayant renoué des relations sexuelles avec sa

compagne après deux mois de séparation dus à ces difficultés sexuelles, se dit être « Une autre personne, car maintenant je suis capable de la satisfaire : je pense d'abord à mon plaisir à moi, je suis calme, j'ai compris ce que vous vouliez dire lorsque vous me disiez d'être plus égoïste. Pour être plus calme, je travaille sur la respiration. Avant, j'étais trop angoissé et je ne pensais qu'à donner du plaisir à ma femme, et ainsi j'étais tendu afin de parvenir à me contrôler, avec une respiration en haut et haletante. » Finalement, il se dit plus sûr de lui, satisfait ; il vit différemment sa sexualité, en parle avec ses copains, et ses rapports avec sa compagne sont au beau fixe.

## RÉFÉRENCES

- MASTERS et JOHNSON (1968) *Les réactions sexuelles*. Paris, Robert Laffont : 383 p.
- DESJARDINS J.-Y. et CREPAULT C. (1969) *Le mythe du péché solitaire*. Ottawa, Les Editions de l'homme :127 p.
- DESJARDINS J.-Y. (1986) *L'approche sexocorporelle* (Fondements théoriques et champ d'application). *Psychothérapies*, 1 :8 -15.
- CAROUFEL F. (de) (1990) *L'approche sexocorporelle et la fonctionnalité sexuelle*. *Cahiers des Sciences Fam. et de Sex.* 13 : 109-19.
- DESJARDINS J.-Y. (1996) *Approche intégrative et sexocorporelle*. *Sexologies*, V, 1 : 43-48.

**Linda Rossi**

Psychomotricienne,  
psychologue, Psychotérapeute FSP,  
Unité de Gynécologie  
psychosomatique et de Sexologie,  
15 rue des Pitons,  
1205 Genève, Suisse.  
<Linda.rossi@Ticino.com>

# “It goes too fast, I am just unable to...”

L. ROSSI

**Summary :** On the basis of a quantitative and qualitative analysis of 17 cases of premature ejaculation (ejaculatio praecox) (PE) having consulted the Unit of psychosomatic gynaecology and sexology during the last four years and treated with sexual and body-therapy, we shall outline different aspects of the problem, such as :

- the description and explanation of the sexual disorder by the patient himself,
- the physical experience of the patient during excitation, that he is aware during the sexocorporal evaluation,
- the psychological experience of the disorder,
- the consequences of this sexual disorder on the couple's relationship,
- my observation of the patient's body (ability to be centred, muscle tone, posture),
- other physiological and psychological elements, such as : sources of excitation, codes of sexual attraction,
- sexual identity,
- the description and explanation of changes or even improvement of their ability to manage sexual tension and to decide themselves when they want to have their orgasmic discharge.

I am presenting here the therapeutic work I have done in the Unit of psychosomatic gynaecology and sexology in Geneva with men having come to consult because of premature ejaculation. I have based myself on the therapeutic model developed by J.Y. Desjardins and his team : the sexocorporal approach. I will first give a definition of premature ejaculation : “a premature ejaculator is a man who has a fast and intense ejaculation, with a good level of excitation and a strong libido. He is what Desjardins would call a thoroughbred.”

To elaborate on this subject, I will outline the data (numbers) resulting from the global report on the sexocorporal evaluation as well as from sexocorporal therapy (Table 1 and 2).

I have also found interesting to study the description and explanation of the sexual problem given by the patient himself in the report on his sexocorporal evaluation at the outset, and also the development of therapy (sexocorporal approach) halfway and at the end.

The population studied in this research is made up of 17 men ranging from 22

to 62 years of age. 11 of them live in a couple's relationship and 6 had no relationship at the time of study. 11 of them suffer from primary PE, whereas the 6 others from secondary PE.

## Let's first look at the way a patient consulting for PE describes his problem

“I go too fast, I am unable to control my ejaculation”,

“I can penetrate my partner, but immediately after I ejaculate”,

“Every time I start making love, I come within seconds...”,

“When I am with a girl, I get very excited and I ejaculate very quickly after having penetrated her... even in the first sexual contact, I have an erection that develops fast... I feel something like a pressure cooker filling up quickly but not in a linear way and a lot faster...”,

“I feel like a point of no return when it is impossible to stop, like something which escapes me...”

Table 1: Population.

Number of patients		17 men
Age	between 22 and 32	11 men
	between 34 and 43	5 men
	62	1 man
Living in a couple's relationship	yes	11 men
	no	6 men
PE	primary	11 men
	Secondary	6 men

Table 2:

Frequency of sexual need	once a day	12 men
	2-4 times a week	3 men
Length of time of penetration	0-2"	3 men
	<1'	7 men
	1'-2' or 3'	4 men
	10'	1 man
	?	2 men

### KEY WORDS :

- Sexocorporal approach
- Sexocorporal evaluation
- Ability to manage sexual tension
- Sources of excitation
- Codes of sexual attraction
- Sexual intrusivity

Here the notion of control and that of time come together : in fact these patients express the idea that they don't know how to manage their sexual tension in/on time.

When he says "It went out of my control before I could satisfy my wife" this man introduces his worry of not being able to satisfy his partner.

This fear is expressed in different ways :

"I go too fast, I am just not able to make love to a woman",

"It was not pleasant for her",

"She was disappointed and told me to go and see a doctor",

"My girlfriend is fed up of serving as a container for me",

"With my wife, things are exploding..."

Another patient is denied sexual relationships with his partner, because it goes too fast.

Two other patients loose their girlfriend because of their PE.

One man says it has been a problem for him ever since he was 18 years old: this means he has always been afraid of not satisfying his partner.

15 out of 17 admit that this problem has a negative influence -to a different degree- on their couple's relationship.

A few of them (5) mention an anxiety due to anticipating failure, this anxiety has made the problem even worse: "it lasts even less now than when I first had the problem".

Some go even further, saying that they don't feel up to it, that they have a sense of failure, a very strong feeling of being worthless, that they have no self-confidence.

One man declares comparing himself to all the men he sees on the street:

"(...) the most revolting, the most ugly of them can do it better than me".

Another one complains feeling different from all other men, and this one says he is afraid of talking to a woman just because of that. And there is also the man who feels guilty because he is convinced that he is unable to give a woman the pleasure he should.

What seems obvious in all these cases, is that none of them has any idea of what he could do to tackle the problem.

One man with a secondary PE was saying:

Stress, worries	5 men
High sensitivity of their glans	3 men
Too frequent masturbation	2 men
Late beginning of sexual relationships	2 men
Great shyness	2 men
Time too long between sexual relationships	1 man
No explanation	3 men

Breathing	Up in the chest	11 men
	Low	4 men
	Not aware	2 men
Movement	Pelvis + back in a block	11 men
	Rocking motion of pelvis	3 men
	No movement	2 men
	Not aware	1 man
Muscular tensions (MT)	Yes	10 men
	No	2 men
	Not aware	4 men
	Unable to localise their MT	8 men
Excitatory means	Mechanical	15 men
	(occasionally) modulated	2 men

Sources of excitation	Eye-sight	17 men
	Touch	13 men
	Erotic fantasies	12 men
	Films, videos, magazines	8 men
	Erotic dreams	5 men
	Sounds	5 men
	Smells	5 men
Sexual intrusivity	In their fantasies	10 men
	In their corporal behaviour	3 men
	None	5 men
Codes of sexual attraction	Adequate object representation of the woman's body	11 men
	Little object representation of the woman's body	6 men

"I never realised what I had to hold back and how. I always let things go; I don't know what makes things go well or not".

## The explanation

As to the explanation they might give for their problem, the most common argument is: stress (1), worries (2) (5/17), 3 of them think that their problem is due to an excessive sensitivity of their glans (3), 2 of them attribute it to excessive masturbation (4), 2 others to their having had their first sexual relationships rather late (at 25 and 30) (5), 2 others to their extreme shyness (6); only one thinks there

might be a connection with the length of time between 2 sexual relationships (7), and finally one young man attributes his PE to the fact that his new girlfriend is too exciting for him.

What surprised me is that none of them has imagined it might have to do with his body feelings and sensations during the phase of excitation: neither in connection with muscle tensions, nor with movements, nor, even less, with breathing (Table 3).

Indeed, when I ask them about their body feelings during excitation, on the first interview they seem to be caught off their guard and mostly unable to tell me anything. Only at the second meeting, are they able to say things like: they breathe in their chest (11/17),

4 in the abdomen, 2 don't know.

As to the see-saw or rocking motions of the pelvis, 11/17 admit to not moving their pelvis in a motion dissociated from their back, they use their buttock to thrust, like stiff push-ups; 3 think they master this body skill in sexual intercourse, 2 say that nothing moves at all.

As to muscular tensions: 10 acknowledge experiencing some, but less than half of them can be precise as to the part of their body in which they feel muscular tension during the build-up of excitation.

On the basis of a sexo-corporal investigation, it becomes possible to assess which are the excitatory means which bring a particular individual from sexual tension to an orgasmic discharge. It turns out that 15/17 only resort to a mechanical mode of excitation (= strong and fast), only 2 out of 17 can possibly modulate their habits (Table 4).

As to the aspects of sexual psychodynamics, I would like to mention the various excitatory sources and codes of sexual attraction. It is useful to know the former in order to establish where they are situated, but also to understand, on the basis of their erotic fantasies, how these men stand about their sexual intrusivity, which is an important element of masculine identity. In the population studied, it could be said that 10 men are sexually intrusive in their fantasies, meaning that, in their fantasies, they can see themselves as a penetrating actor.

Another thing about sources of excitation is that none of these patients had less than two acknowledged sources, 8 men have 4 et 4 men have 5! All of them declare fuelling their excitement through visual perceptions, 13 mention touching and being touched, for 12 of them erotic fantasies play an important part and 8 feel excited by films, video cassettes or magazines. Erotic dreams are also a source of excitation for 5 men, the same applies to the sense of hearing and the sense of smell.

As far as the codes of sexual attraction are concerned, we can observe that 11 men are able to have an objective

Auto-eroticism	Unable to control their ejaculatory threshold	7 men
	Able to control their ejaculatory threshold	7 men
	No/no more masturbation	3 men

Concentration of their energy	In the upper part of their body	13 men
	In the pelvis	4 men
Muscular tonicity	Too intense and badly distributed in the body	6 men
	Too weak	5 men
	Normal	6 men
Posture	Too open in the lower part of the body	8 men
	Too open in the upper part of the body	6 men
	Adequate	3 men

Number of sessions	< 7	3 men
	8-17	10 men
	18-24	4 men
Results	None, drop out	4 men
	Increased duration of excitation and penetration	13 men
	Ability to decide the moment of ejaculation	4 men
	Still in therapy	4 men

perception of the woman's body, whereas 6 remain on a global level or on romantic aspects only (Table 5).

When questioned about the problem of PE when practising autoeroticism, it turns out that 7 patients are unable to control their ejaculatory discharge; it is not the case for 7 other men, and 3 do not/not any more practice masturbation (Table 6).

When observing these 17 patients' body, the way they walk, their posture, I noticed that 13 among them are centered rather on the upper part of their body, that for about a third of them tonicity is too high and badly distributed in their body; finally, 8 of them (roughly a half) are too open in the lower part of their body (Table 7).

All these observations enable us to draw up a therapeutic set-up for each patient on the basis of the analysis of their body with the aim of teaching them to control their excitation and to choose when to ejaculate.

## Therapeutic work

I shall now turn to the presentation of the results of our therapeutic work. The 4 people who have dropped out, have never applied sexo-corporal work

concretely, although they had agreed to it on a cognitive level when I had presented the gist of it in the evaluation during intake interview.

The others (13 men) have become able, within little time, to maintain their sexual tension longer and in a state of pleasure; this has allowed them to increase the time of penetration to a minimum of 5'.

To be more precise : up to 5' : 3 patients ; between 5' and 10' : 4 patients, between 20' and 30' : 6 patients.

4/13 even developed the ability to decide for themselves when they want to ejaculate. Incidentally, it should be stressed that this particular ability was never mentioned as a goal at the beginning of therapy. Indeed, when they arrived their wish was simply to hold out longer during penetration (Table 8).

The first thing to be observed is an increased awareness of their body during the rise of sexual tension (for instance that their buttock muscles are under a strong tension).

A first positive impact on their sex-life could result from their being able to move their pelvis in dissociation from the rest of their body and in co-ordination with an abdominal breathing. At our third session, one patient

reports an improvement during masturbation if he rocks his pelvis: he can last longer and, by so doing, discover a new dimension of pleasure.

In parallel with this progress, patients report an increased ability to recognize approaching of the point of no-return and to stop before, even to come out, regain control over their body skill and start again: at our sixth session, one man says he is glad because he is now able to anticipate the point of no-return, then he slows down his movements, sometimes comes out, lowers his muscular tensions, without any of this disturbing the sexual exchange with his wife.

The dimension of pleasure is added as soon as the first improvement is experienced. One man tells me that the mere fact that he can last 4' or 5' during penetration makes him happy, since he experiences a lot of pleasure and knows that he can give pleasure. Another man realises that if he rocks his pelvis with fluidity, even if the penetration does yet last longer, it is more pleasant for him and his wife. Since he is now able to anticipate the point of no-return, and is therefore able to diminish his sexual tension, this young man now lives his sex-life with the deepest pleasure : it is totally different

compared to what it used to be, he speaks of his "new sexuality" where there is also "a space for feelings". One man presenting a secondary PE, who is among those who have developed the ability to choose the moment of discharge, reports: "It has nothing to do with before the problem", now he has a lot more pleasure, before and during ejaculation. Before it was mechanical: "just to and fro, for the sake of discharging".

A final result we can observe is a number of side effects on the psychodynamics. For example, when a man ends his therapy by saying that he feels more self-confident, we can conclude that better sexual performances and a better ability to cope with sexual tensions lead to a better perception of oneself, to a better self-image, to sexual assertiveness which is connected to being proud and sure of oneself, and having enough self-esteem with a minimum of auto-focus. That same man, who was complaining about feeling different from the other men in the first evaluation, declares, at the seventh session, that he felt "more a man" at lasting longer during masturbation and that he felt "strong" when his penetration lasted 10' in sexual intercourse with his wife.

## Conclusion

I would like to conclude this article by quoting this 35 years old man, who, after having re-established the relationship with his partner after 2 months apart because of his sexual problem, says of himself: "I am a different person because now I am able to satisfy her, for that I think first of my own pleasure, I am calm, I have understood what you meant when you were telling me to be selfish. In order to be calmer, I work on my breathing. Before I was too anxious and I was obsessed with giving pleasure to my wife and therefore I was tense, trying to control myself, with my breathing high up in the chest and panting".

Finally he reports being more sure of himself, happy, he lives his sexuality differently, speaks about it with his male friends and the relationship with his partner is going very well.

**Linda Rossi**

Psychomotricienne,  
psychologue, Psychotérapeute FSP,  
Unité de Gynécologie  
psychosomatique et de Sexologie,  
15 rue des Pitons,  
1205 Genève, Suisse.  
<Linda.rossi@Ticino.com>