

**«Vado troppo in fretta, non riesco a...»**

**L . ROSSI**

*Linda Rossi ha lavorato come psicomotricista per bambini durante oltre dieci anni in Ticino (Svizzera Italiana). Ottenuto il diploma di psicologa-psicoterapeuta FSP (Federazione Svizzera Psicologi e Psicoterapeuti) a Ginevra, si è specializzata in sessuologia clinica all'Unità di Ginecologia Psicosomatica e di Sessuologia.*

*Dal 1991 pratica l'approccio sessocorporeo.*

*La sua formazione è iniziata con il Prof. Jean-Yves Desjardins in Francia (Cifres, Toulouse) ed è proseguita durante i seminari «Vivere in Amore» a Lugano e Ginevra, in cui ha svolto i ruoli di co-animatrice e organizzatrice. A Ginevra ha organizzato la formazione all'approccio sessocorporeo fino al 2001.*

*Dal 1997 ha iniziato a lavorare nel suo studio privato di Lugano come sessuologa clinica e psicoterapeuta a tempo parziale, dal 2001 a tempo pieno.*

*Nel marzo 2007 ha organizzato il Congresso "Sessualità-Salute-Cultura" a Lugano.*

**In breve:** dall'analisi quantitativa e qualitativa di 17 casi di eiaculazione precoce (EP), rivoltisi all'Unità di Ginecologia Psicosomatica e di Sessuologia di Ginevra tra il 1993 e il 1996, seguiti con l'approccio sessocorporeo, possiamo mettere in evidenza diversi aspetti, quali:

- la descrizione e la spiegazione del loro disturbo sessuale da parte di chi ha seguito la consultazione
- il vissuto corporeo durante l'eccitazione di cui è cosciente la persona che chiede la consultazione al momento del bilancio sessocorporeo
- la sensazione psichica legata al disturbo
- la ripercussione del disturbo sulla relazione di coppia
- la nostra osservazione corporea della persona (centratura, tonicità, postura)
- altre componenti fisiologiche e psichiche, come le fonti di eccitazione, i codici di attrazione, l'identità sessuale
- la descrizione e la spiegazione dei cambiamenti, gli eventuali miglioramenti della capacità di gestire la tensione sessuale nel piacere e la possibilità di decidere quando avere la scarica orgasmica.

**Parole chiave:**

- eiaculazione precoce
- approccio sessocorporeo
- bilancio sessocorporeo
- tensione sessuale
- eccitazione
- codici di attrazione sessuale
- intrusività sessuale

**Sarà presentato qui di seguito il lavoro terapeutico svolto dall'Autrice con 17 uomini che si sono rivolti all'Unità di Ginecologia Psicosomatica e di Sessuologia di Ginevra a causa di eiaculazione precoce (EP). Il modello terapeutico impiegato è l'approccio sessocorporeo elaborato da Jean-Yves Desjardins e dai suoi collaboratori.**

Partiamo dalla **definizione di eiaculazione precoce**: «L'eiaculatore rapido è un uomo che eiacula rapidamente e forte, con una buona qualità di eccitazione e una forte libido.

Desjardins definisce questi uomini dei purosangue.»

Al fine di sviluppare il tema, verranno messi in evidenza dati quantificabili che appaiono al momento del bilancio sessocorporeo e della terapia sessocorporea.

**(tabella 1 e 2)**

È interessante prestare attenzione alla **descrizione** e alla **spiegazione del problema sessuale fornite dal paziente** al momento del bilancio sessocorporeo e via via durante l'evoluzione della terapia sessocorporea fino al termine di essa.

La **popolazione** dei pazienti oggetto della ricerca è costituita da 17 uomini tra i 22 ei 62 anni. 11 di loro sono in coppia, mentre 6 non hanno una relazione di coppia al momento della terapia.

11 di loro presentano una EP primaria (da sempre), 6 una EP secondaria (subentrata in secondo tempo).

I - Quali sono i **termini usati** dall'uomo che viene in consultazione per descrivere il suo problema di EP?

«Vado troppo veloce, sono incapace di controllare la mia eiaculazione»

«Posso penetrare, ma subito dopo eiaculo»

«Ogni volta che comincio a fare l'amore, eiaculo molto rapidamente»

«Quando ho una relazione con una ragazza, raggiungo un'eccitazione piuttosto elevata e eiaculo molto rapidamente dopo la penetrazione... ma già durante i preliminari la mia eccitazione sale rapidamente. Sento qualche cosa come una pentola a pressione che si riempie rapidamente, non in modo lineare, ma decisamente troppo in fretta.»

«Mi sento come a un punto dopo il quale non è possibile fermarsi, come qualche cosa che mi sfugge»

Da notarsi come la nozione di controllo e quella di tempo siano sovrapposte: in fondo trasmettono l'idea di non saper gestire la tensione sessuale nel tempo.

Dicendo «È sfuggito al mio controllo prima che venisse anche mia moglie» quest'uomo sta introducendo la preoccupazione di soddisfare la sua partner.

In questa direzione vanno le affermazioni:

«Vado troppo veloce, non sono capace di fare l'amore a una donna»

«Per lei non è stato bello»

«Era delusa e mi ha detto di consultare un medico»

«La mia ragazza è stufo di fare il serbatoio»

«La situazione con mia moglie è esplosiva»

Un altro racconta che la sua compagna si rifiuta di avere relazioni sessuali con lui perché «sono troppo veloci».

Altri due sono stati lasciati dalla loro compagna a causa dell'EP.

Un altro ancora afferma di avere questo problema da quando aveva 18 anni: da allora ha sempre avuto paura di non dare soddisfazione alle sue compagne.

15 su 17 ammettono che questo problema si ripercuote – a diversi livelli – sulla loro relazione di coppia.

5 parlano di un sentimento ricorrente di ansia, che anticipa l'insuccesso, peggiorando così la situazione, poiché «dura ancora meno di prima».

Alcuni arrivano a dire che non si sentono all'altezza, che provano una sensazione di disfatta, un sentimento di svalutazione di sé molto forte, una mancanza di fiducia in se stessi.

Uno di questi dichiara di confrontarsi a ogni uomo che incontra per la strada: «Il più brutto, il più schifoso, sa farlo meglio di me».

Un altro afferma di sentirsi diverso dagli altri uomini, un altro ancora dice di aver paura di parlare a una ragazza a causa di questo problema. Infine, uno di loro si sente in colpa, poiché è convinto di «non saper offrire un piacere che potrebbe invece procurare».

Ciò che appare evidente è che non sono per nulla coscienti di che cosa devono fare per fronteggiare la questione.

Un uomo che presenta una EP secondaria, ammette: «Non ho mai fatto attenzione a che cosa devo trattenere e come. Ho sempre lasciato andare; non so che cosa fa andare bene o male le cose.»

**II.-** Tra le *spiegazioni* date riguardo al problema, gli argomenti che prevalgono sono:

1. lo stress
2. le preoccupazioni (5 su 17)
3. forte sensibilità del glande (3)
4. pratica troppo estesa di masturbazione (2)
5. il fatto di aver cominciato tardi ad avere relazioni sessuali, (1 a 25, 1 a 30 anni)
6. grande timidezza (2)
7. troppo tempo intercorre tra una relazione sessuale e l'altra (1)
8. la nuova amica è troppo eccitante (1 ragazzo giovane)

Sorprende che nessuno di loro sospetta un legame con il vissuto corporeo durante l'eccitazione: né a livello di tensioni muscolari, né del movimento, ancor meno della respirazione.

**(Tabella 3)**

**III.-** Quando si porta l'attenzione sul *vissuto corporeo* durante l'eccitazione, ognuno dei pazienti è stato dapprima colto di sorpresa e la maggior parte non ha saputo dare nessuna informazione. All'incontro successivo, possono notare che durante la relazione sessuale:

- (1) 11 su 17, hanno una **respirazione** pettorale, 4 addominale, 2 non lo sanno.
- (2) riguardo al **bascolamento del bacino**, 3 si dichiarano in grado di praticare questa abilità corporea durante le relazioni sessuali, 11 ammettono di non bascolare il bacino in modo dissociato dalla schiena: danno la spinta con i glutei, altrimenti chiamata «push-up»; 2 dicono di non muovere niente.
- (3) riguardo alle **tensioni muscolari**: 10 dicono di averne, ma meno della metà sono in grado di dare il dettaglio delle parti del corpo in cui si situano quando sale l'eccitazione.

Partendo da questa indagine sessocorporea, è possibile determinare in che modo eccitatorio i pazienti portano la loro tensione sessuale alla scarica orgasmica. Constatiamo che 15 su 17 adottano unicamente un modo eccitatorio meccanico (rapido e forte), mentre soltanto 2 talvolta ricorrono al modo modulato.

**(Tabella 4)**

**IV.-** Per quel che concerne gli aspetti della *psicodinamica sessuale*, menzioneremo le fonti eccitatorie e i codici di attrazione sessuale. È importante capire quali siano le **fonti eccitatorie** del paziente, anche perché, conoscendo il suo immaginario erotico, si apprende molto riguardo alla sua intrusività sessuale, elemento importante dell'identità maschile. Nel campionario di popolazione studiato, 10 uomini sono, sessualmente parlando, intrusivi nel loro immaginario. Ciò significa che, nelle loro fantasie erotiche, riescono a vedersi sia come attori sia come penetranti. Sempre a proposito di fonti eccitatorie, sottolineiamo il fatto che nessuno degli uomini in consultazione possiede meno di due fonti riconosciute: 8 ne hanno quattro, 4 ne hanno 5. Tutti affermano di nutrirsi della visione come fonte sensoriale eccitante, 13 menzionano il tatto (dato e ricevuto). Le fantasie erotiche giocano un ruolo importante per 12 di loro e 8 si eccitano con film e giornali. I sogni erotici rappresentano una fonte di eccitazione per 5 uomini, così come l'udito, la voce e l'olfatto.

Riguardo infine ai **codici di attrazione sessuale**, si osserva che 11 hanno una buona capacità di oggettivare il corpo della donna, mentre gli altri 6 si limitano a una visione globale o a aspetti romantici e di seduzione.

**(Tabella 5)**

**V.-** Indagando sulla presenza del problema di EP durante la *masturbazione*, si scopre che l'incapacità di gestire la soglia di eiaculazione si riscontra in 7 pazienti, ciò che non è il caso per 7 altri. I restanti 3 dicono di non/ non più masturbarsi.

**(Tabella 6)**

**VI.-** Durante l'osservazione corporea dei 17 uomini, riguardante il *modo di camminare* e la *postura*, si nota che 13 sono piuttosto centrati nella parte alta del corpo; in un terzo la tonicità è troppo elevata; infine, 8 di loro (circa la metà) sono troppo aperti nella parte bassa del corpo.

**(Tabella 7)**

**Le osservazioni presentate e l'analisi corporea permettono di definire per ognuno un set-up terapeutico con l'obiettivo di gestire l'eccitazione e la capacità di eiaculare quando vogliono.**

## **VII.- *Analisi del lavoro terapeutico***

- 1) le 4 persone che hanno interrotto la terapia non hanno mai adottato il lavoro sessocorporeo in modo concreto, pur avendo aderito dal punto di vista cognitivo alla presentazione dell'approccio sessocorporeo al momento del bilancio.
- 2) Gli altri (13 persone) sono stati in grado, abbastanza rapidamente, di mantenere la tensione sessuale più a lungo e nel piacere: questo ha permesso loro di prolungare il tempo di penetrazione almeno fino a 5 minuti.

Nel dettaglio:	fino a 5 min.	3 persone
	5-10 min.	4 persone
	20-30 min.	6 persone

4 su 13 hanno imparato a decidere il momento dell'eiaculazione.

Bisogna aggiungere che quest'ultimo risultato ottenuto non è mai stato oggetto della richiesta iniziale di nessuno di loro. Quando sono arrivati in consultazione, il loro desiderio era di far durare più a lungo la penetrazione.

**(Tabella 8)**

a) Quello che è risultato apprezzabile in ognuno dei pazienti (tra coloro che hanno continuato la terapia) è stata una maggiore capacità di essere coscienti del loro corpo durante la salita della tensione sessuale (per esempio, la forte tensione che si formava nei glutei).

b) Un primo impatto positivo sulla loro sessualità sembra essere dovuta al fatto di muovere il bacino in modo dissociato dal resto del corpo e coordinato correttamente con la respirazione addominale.

Già dalla terza seduta un uomo ha detto di constatare, durante la masturbazione, un miglioramento se bascolava il bacino: poteva durare di più, e scopriva «un piacere di tutt'altra dimensione».

c) In parallelo ai progressi sopraccitati, si riscontra la capacità di percepire l'arrivo del punto di non ritorno e di fermarsi in tempo, eventualmente di uscire, ritrovare le abilità corporee e poi ripartire. Alla sesta seduta un uomo si dichiara soddisfatto perché è capace di anticipare il punto di non ritorno: diminuisce il ritmo del movimento, a volte esce, abbassa le tensioni muscolari, senza che questo disturbi la relazione sessuale con la partner.

d) La dimensione di piacere si aggiunge fin dai primi miglioramenti. Un uomo spiega che il fatto di riuscire a durare 4-5 min. in penetrazione lo rende contento, perché ha avuto molto piacere e ha saputo darne.

Un altro si accorge che se pratica il bascolamento del bacino in modo fluido, anche se la penetrazione non dura ancora molto a lungo, è più piacevole per lui e per sua moglie. Siccome ora è capace di anticipare il momento di non ritorno e può abbassare la tensione sessuale, vive la relazione con un piacere più profondo: è molto diverso da prima, riferisce. Parla inoltre di una «nuova sessualità che lascia anche spazio ai sentimenti».

Un uomo che presentava una EP secondaria e che fa parte di coloro che sono riusciti a raggiungere la capacità di scegliere il momento per la scarica orgasmica, conferma: «Niente a che vedere con prima». Ora prova molto più piacere, prima e durante l'ejaculazione. Prima era meccanico «andavo avanti e indietro solo per il piacere di scaricare».

e) Si arriva infine agli *effetti secondari sulla psicomotricità*. Per esempio, quando un uomo conclude dicendo che si sente più fiducioso in se stesso, si può sostenere a giusto titolo che una miglior capacità sessuale, una miglior gestione della tensione sessuale portano anche a una miglior percezione di sé, all'assertività sessuale, che si caratterizza da fierezza, fiducia e stima in se stessi grazie a una minima dose di narcisismo.

Lo stesso uomo che, al momento del bilancio esprimeva la sensazione di essere diverso dagli altri uomini, alla settima seduta, in cui constata di poter durare più a lungo mentre si masturba, dice di sentirsi «più uomo» e quando in seguito riesce a far durare 10 min. la penetrazione in una relazione sessuale con l'amica precisa che si è sentito «forte».

**Per concludere**, ecco le parole di un uomo trentacinquenne che ha ritrovato sessualmente la sua compagna dopo due mesi di separazione, causata dal problema sessuale: «Sono un'altra persona, perché ora sono capace di soddisfarla: penso prima al mio piacere, sono calmo, ho capito che cosa voleva dire [la sessoterapeuta] quando mi diceva di essere più egoista. Per esser più calmo lavoro sulla respirazione. Prima ero angosciato e pensavo solo a dare piacere alla mia donna e così ero teso nel tentativo di controllarmi, con un respiro in alto e ansimante». Ora egli si considera più

sicuro di se stesso, contento, vive in modo diverso la sessualità, ne parla con i suoi amici e la relazione con la sua compagna va a gonfie vele.

**Tabella 1**

Dati sulla popolazione osservata	
Numero totale di consultanti	17
Età compresa tra i 22-32 anni	11
Età compresa tra i 34-43 anni	5
Età superiore ai 62 anni	1
Coinvolti in una relazione di coppia	11
Non coinvolti in una relazione di coppia	6
EP primaria *	11
EP secondaria *	6

\* EP primaria: problema presente sin dall'inizio dell'attività sessuale

\* EP secondaria: problema subentrato in un secondo tempo della propria attività sessuale

**Tabella 2**

Numero totale di consultanti: 17			
Frequenza del bisogno sessuale		Durata della penetrazione	
Una volta al giorno	12	0-2 secondi	3
2-4 volte a settimana	3	> 1 minuto	7
		1-3 minuti	4
		10 minuti	1
		Non sanno	2

**Tabella 3**

Cause dell'EP secondo il paziente	
Stress e preoccupazioni	5
Particolare sensibilità del glande	3
Pratica eccessiva della masturbazione	2
Inizio tardivo delle relazioni sessuali	2
Grande timidezza	2
Troppo tempo tra una relazione sessuale e l'altra	1
Nessuna spiegazione	3
Numero totale di consultanti	17

**Tabella 4**

Vissuto corporeo		
Respirazione	In alto	11
	In basso	4
	Non sa	2
Movimento	Bacino e schiena	11
	bascolamento del bacino	3
	nessun movimento	2
	non è cosciente	1

Tensioni muscolari	Si	10
	No	2
	Non è cosciente	4
	Incapaci di localizzarle	8
Modo eccitatorio	Meccanico	15
	A volte modulato	2
Numero totale di consultanti		17

**Tabella 5**

Psicodinamica sessuale		
Fonti eccitatorie	Vista	17
	Tatto	13
	Fantasticherie erotiche	12
	Film, video, giornali	8
	Sogni erotici	5
	Udito	5
	Olfatto	5
Intrusività sessuale	Nell'immaginario	10
	A livello corporeo	3
	A nessun livello	5
Codici di attrazione sessuale	Buona capacità di oggettivare il corpo femminile	11
	Scarsa capacità di oggettivare il corpo femminile	6
Numero totale di consultanti		17

**Tabella 6**

Autoerotismo	
Incapaci di gestire la soglia di eiaculazione	7
Capaci di gestire la soglia di eiaculazione	7
Non praticano /non praticano più la masturbazione	3
Numero totale di consultanti	17

**Tabella 7**

Osservazione corporea		
Centramento	nella parte alta del corpo	13
	a livello del bacino	4
Tonicità muscolare	eccessivamente elevata e mal distribuita nel corpo	6
		5
	eccessivamente bassa normale	6
Postura	troppo aperta nella parte bassa del corpo	8
	troppo aperta nella parte alta del corpo	6
	adeguata	3

Numero totale dei consultanti	17
-------------------------------	----

**Tabella 8**

Lavoro terapeutico		
Numero di sedute	< di 7	3
	8-17	10
	18-24	4
Risultati	Nessuno, drop out	4
	Prolungamento della durata di eccitazione e di penetrazione	13
	Prolungamento dell'eccitazione, penetrazione e Capacità di decidere il momento dell'ejaculazione	4
	Ancora in terapia al momento della pubblicazione	4
Numero totale di pazienti		17

**Referenze bibliografiche:**

MASTERS e JOHNSON , 1968: « Les réactions sexuelles », Paris, Robert Laffont, p383

DESJARDINS J.-Y. et CREPAULT C. , 1969: « Le mythe du pêché solitaire », Ottawa, Les Editions de l'homme, p127

DESJARDINS J.-Y. , 1986: « L'approche sexocorporelle (Fondements théoriques et champ d'application) », Psychothérapies, 1 , p 8 -15

DE CAROUFEL F., 1990: « L'approche sexocorporelle et la fonctionnalité sexuelle », Cahiers des Sciences Fam. et de Sex., 13 , p 109 -119

DESJARDINS J.-Y., 1996: « Approche intégrative et sexocorporelle », Sexologies, V, 1: p 43 -48

LINDA ROSSI, marzo 1998  
 Psicomotricista, psicologa, psicoterapeuta FSP e sessuologa,  
 Unità di Ginecologia Psicosomatica e di Sessuologia  
 15, rue des Pitons - 1205 Genève (Suisse)

LINDA ROSSI  
 Via Castausio 19  
 CH – 6900 Lugano  
[linda.rossi@bluewin.ch](mailto:linda.rossi@bluewin.ch)