

TROUBLES DE L'ÉJACULATION

HOMME

L'éjaculation rapide (ou précoce) est la préoccupation sexuelle la plus fréquente chez les hommes. Un tiers des hommes affirment avoir des éjaculations rapides. Contrairement à la croyance populaire, ce phénomène est stable à tout âge. La définition de l'éjaculation rapide dépend de chaque couple et de son interaction sexuelle. Au sein du couple hétérosexuel, la femme atteint-elle l'orgasme uniquement avec les rapports sexuels ou est-elle orgasmique par auto-stimulation, stimulation manuelle, orale, ou autre stimulation non coïtale? Pour le couple canadien moyen, les rapports sexuels durent entre 4 et 7 minutes. Indépendamment de la durée des rapports sexuels, est-elle satisfaite de leur activité sexuelle? L'est-il?

Souvent, les hommes qui ont des éjaculations rapides éjaculent avant ou immédiatement après la pénétration, sans le vouloir. Cela peut être très gênant pour l'homme, qui ne souhaite rien de plus que de durer plus longtemps, et pour sa partenaire, qui, frustrée, peut le blâmer de ne pas être plus attentif à ses besoins.

Le traitement traditionnel, la technique « départ-arrêt » développée par Masters et Johnson, a recours aux exercices de masturbation graduelle pour aider l'homme à reconnaître la phase de l'éjaculation imminente et à réduire la stimulation afin de ne pas dépasser ce seuil. Ces exercices sont décrits dans le livre de Bernie Zilbergeld.

Quoique initialement réussi chez 90 % des hommes, le soutien à plus long terme est de beaucoup inférieur lorsque les méthodes de sexothérapie traditionnelle sont utilisées seules.

Alors que les hommes célibataires peuvent apprendre ces exercices seuls, ils ont souvent de la difficulté à généraliser leur succès au plan du délai éjaculatoire envers leur partenaire. Les hommes qui ont des difficultés à former des relations intimes en raison de leur anxiété de délai d'éjaculation tirent souvent plus de bienfaits d'une formation en affirmation de soi avant d'entamer une sexothérapie.

La sexothérapie de couple vise à l'aider à comprendre le fondement physiologique de l'éjaculation rapide, et qu'il ne s'agit pas de quelque chose que l'homme fait intentionnellement pour frustrer sa partenaire. La pierre angulaire de la thérapie consiste à reconnaître les sentiments de la partenaire (souvent la frustration, parfois la colère), et à les gérer. L'élargissement du répertoire sexuel du couple pour atteindre le plaisir, au-delà des rapports sexuels, permet de résoudre les pressions négatives. Puis, l'homme, d'abord seul, s'auto-stimule trois fois presque jusqu'à l'orgasme, et il éjacule la quatrième fois. Avec la pratique, il parvient graduellement à se retirer du point de l'éjaculation imminente. Une fois cette étape franchie, la partenaire peut participer, d'abord avec une main sèche, puis avec un lubrifiant, et éventuellement avec un contact génital. La position de la femme par-dessus met le moins de pression d'éjaculation sur l'homme, quoiqu'elle puisse s'avérer frustrante pour la femme à qui on demande de fournir un « vagin silencieux » et de ne pas bouger, initialement, selon son propre rythme. Graduellement, les deux membres du couple peuvent bouger, et ils peuvent

éventuellement adopter la position de l'homme par-dessus, laquelle est la plus difficile pour lui en ce qui concerne la maîtrise de l'éjaculation.

Les antidépresseurs ISRS entraînent un délai d'éjaculation important, ce qui entrave souvent l'observance des patients déprimés. La traduction de cet effet secondaire en outil thérapeutique a grandement amélioré le traitement de l'éjaculation rapide. La clomipramine est quelque peu plus efficace que les ISRS, mais elle engendre plus d'effets secondaires. La paroxétine et la sertraline peuvent s'avérer plus efficaces que la fluoxétine ou la fluvoxamine. La majorité des cliniciens combinent les ISRS à faible dose à la sexothérapie. Ils peuvent être pris au besoin, soit de deux à quatre heures avant les rapports sexuels anticipés ou, en cas d'échec, à chaque jour.

L'éjaculation tardive est plus rare que l'orgasme rapide. Un peu moins d'un homme sur 10 se plaint d'une incapacité à éjaculer avec une partenaire. L'homme qui n'a jamais eu d'orgasme (par les rapports sexuels, la masturbation ou les émissions nocturnes) doit faire l'objet d'une évaluation complète afin d'identifier les causes secondaires. La cause la plus fréquente de l'éjaculation tardive secondaire est l'utilisation des ISRS tel que discuté ci-haut. Toute nouvelle apparition de l'éjaculation tardive exige un examen médical complet et une revue des médicaments.

Souvent, la partenaire est plus frustrée que le patient par l'éjaculation tardive, concluant qu'elle n'est pas attrayante ou pas assez adepte à l'amener à éjaculer. Le traitement consiste à aider le couple à comprendre la physiologie et la psychologie de l'éjaculation tardive. Un changement de médicaments, lorsqu'il est possible, peut s'avérer utile. La cyproheptadine, utilisée comme histaminique et comme antagoniste de la sérotonine, peut servir d'antidote.

Souvent, les couples aux prises avec l'éjaculation tardive ne consultent que lorsque l'infertilité entre en jeu. Bon nombre de ces hommes peuvent éjaculer seuls, mais non en présence de leur partenaire. La fertilité peut s'accomplir au moyen d'une seringue de 3 cc qui permet au couple d'introduire eux-mêmes le sperme dans le vagin, ou par insémination intra-utérine en cabinet. Les hommes qui ont subi une blessure quadri- ou paraplégique peuvent être stimulés à l'aide de vibromasseurs ou d'une faible stimulation électrique.

La thérapie vise à accroître le plaisir des jeux sexuels plutôt que de miser sur le but d'éjaculer, qui est source d'anxiété. L'intervention peut être jumelée à un processus comportemental d'intensification de la stimulation dans le but de permettre à l'homme d'éjaculer d'une façon ou d'une autre en présence de sa partenaire, au début, puis, de le faire à proximité de ses organes génitaux.