

L'EJACULATION PRECOCE

Un article de Marine Dietrich

sexologue et psychothérapeute comportementaliste, hypnothérapeute, consultante à
Perpignan

le contrôle peut s'apprendre pour une meilleure harmonie dans la vie du couple

Nous devons ce texte et l'ensemble de cette méthode à notre collègue Madame Marine Dietrich (ses coordonnées sont tout en fin d'article), sexologue & psychothérapeute, spécialisée en hypnose, ancienne Présidente des Centres de Thérapies et ancienne Directrice des Éditions de la Louvière.

L'éjaculation précoce représente un dysfonctionnement sexuel fréquent ;

selon les auteurs 60 à 80 % des hommes en seraient atteints à des degrés variables. Il ne s'agit pas d'une maladie en soi, mais plutôt d'un trouble de la relation sexuelle.

Attention : Beaucoup d'hommes imaginent que l'on peut contrôler, en tout cas au début de l'apprentissage, son éjaculation tout en continuant à faire des Allers/Retours.... il n'en n'est rien, TOUS LES hommes pour se contrôler se retirent ou arrêtent les mouvements de Va et Vient, ce n'est que plus tard que le contrôle de l'excitation sexuelle vous permettra d'arriver à une maîtrise parfaite. Beaucoup d'hommes imaginent aussi qu'ils peuvent faire comme dans les films X, faire des allers/retours et ne pas avoir à essayer de contrôler. Le contrôle existe chez tous les hommes, dans les premières minutes, chez certains il nécessite même un petit retrait, chez d'autres, surtout avec l'expérience, le contrôle se fait sans se retirer. La femme ayant besoin d'au moins 10 mn pour obtenir un orgasme lors de la pénétration, une pénétration doit durer au moins 15 mn.

Définition

Si l'expression "*éjaculation prématurée*", plus juste, remplace parfois celle d'éjaculation précoce, elles ne représentent ni l'une ni l'autre la réalité du trouble. Nous devrions parler plutôt d'absence de contrôle par l'homme au moment de la survenue de son éjaculation empêchant sa partenaire d'atteindre l'orgasme. L'éjaculation survient lorsqu'un certain seuil d'excitation (point de non retour) est atteint, la maîtrise doit se situer à ce niveau. Il s'agit donc pour lui de ne pas dépasser ce seuil, sauf lorsqu'il l'a décidé. Ce n'est donc pas un problème de durée, ni d'éjaculation, mais un problème de maîtrise du niveau d'excitation et d'adaptation à sa partenaire.

L'interrogatoire ou les questions à (se) poser ?

Très important, il insistera sur :

L'éjaculation prématurée est-elle primaire ou secondaire ? dans ce cas rechercher le phénomène déclenchant,

Est-elle sélective ou non sélective ? le contrôle est-il plus facile à la masturbation ou lors des fellations ? lors du coït ?

N'oubliez pas que les homosexuels peuvent aussi souffrir d'éjaculation prématurée.

• **Phénomène socioculturel ?** L'éjaculation prématurée peut être considérée comme telle. En effet ce n'est pas une maladie. L'acte sexuel est, chez l'homme comme chez tous les mammifères, un acte à visée reproductrice. L'homme est en fait biologiquement programmé pour éjaculer en 1 à 2 mn, ce qui est largement suffisant pour procréer! Et pendant des générations et encore à notre époque dans certaines cultures, la rapidité est un synonyme de virilité. L'émancipation féminine survenue très récemment est en fait la "responsable" de l'émergence de ce trouble; en effet tant que le plaisir sexuel fut un domaine réservé à l'homme, l'éjaculation précoce n'existait pas, en tant que telle. La révolution sexuelle s'est faite, la jouissance est devenu aussi une affaire féminine. L'homme est donc obligé de modifier son comportement sexuel pour s'adapter à cette *nouvelle femme* qui a une demande de satisfaction sexuelle. L'inadaptation qui peut en résulter, s'est caractérisée par ce que nous appelons l'éjaculation prématurée.

• **Phénomène névrotique ?** Sans aucun doute : la prise de conscience de cette incapacité à s'adapter à l'autre c'est à dire à maîtriser le moment de survenue de son éjaculation, va déclencher chez beaucoup une névrose d'angoisse aggravant le trouble. Nous savons en effet que le plaisir vaginal de la femme a besoin de temps (plus de 10 mn). L'échec à se conformer à un idéal sexuel ou la frustration exprimée par la partenaire vont déclencher une succession de réactions source d'angoisses (angoisses de performance). Cela risque d'aboutir souvent à une inhibition du désir sexuel qui peut entraîner une impuissance de type secondaire.

Le cercle vicieux s'installe donc : Éjaculation prématurée, Échec, Conduite d'échec, Angoisse de Performance (les angoisses augmentent la vitesse d'éjaculation) donc éjaculation prématurée. L'éjaculation précoce, au bout de nombreuses années risque de générer une impuissance, une inhibition du désir sexuel, une mésentente conjugale, une dysharmonie sexuelle...

Quant au "vagin denté", il faut y penser, la psychanalyse explique l'éjaculation prématurée par la peur inconsciente pour l'homme d'être castré.

Dans les causes d'échec après la mise en place d'une rééducation de l'éjaculation précoce, nous retrouvons une peur du vagin de la femme, une homosexualité latente, un fond comportemental sadique, une mésentente conjugale. De nombreux échecs sont dûs à des conduites de sabotage de

la rééducation mise en place par la femme qui cache derrière le symptôme de son "homme" sa propre problématique qui serait mise à jour par la guérison du symptôme de "celui qui la protège".

• **Phénomène relationnel ?** La dimension pulsionnelle est celle qui motive l'individu dans son adolescence et adulte jeune ; elle a pour substrat nos gènes qui nous poussent à procréer, disons plutôt à copuler. Elle vise à la satisfaction immédiate et à la résolution de l'excitation sexuelle. Nous pourrions dire qu'elle est primaire dans le sens où elle nous identifie le plus aux mammifères.

La dimension relationnelle, est celle dans laquelle la notion de jeu devient essentielle. L'homme joue avec son excitation pour la maintenir à un niveau élevé le plus longtemps possible afin d'augmenter l'intensité de sa jouissance. Elle nécessite toute la créativité et l'imagination qui sont des caractéristiques exclusivement humaines.

En résumé : La résolution de l'éjaculation prématurée nécessite trois conditions:

- l'apprentissage du contrôle de l'excitation sexuelle (méthode comportementale),
- La suppression de l'angoisse de performance et briser le cercle vicieux (hypnose)
- Et enfin l'attention portée aux réactions de l'autre plutôt qu'aux siennes

Marine Dietrich a mis en place un système de prise en charge des éjaculateurs prématurés avec plus de 95% de réussite en quatre séances.

Quand un patient vient consulter seul ou en couple, l'interrogatoire est très important.

1- Expliquer que l'éjaculation prématurée est *normale*, qu'elle touche plus de 70% des hommes, que de par le fait d'un programme biologique éjaculation prématurée = Réflexe donc l'éjaculation prématurée ne se guérit pas, elle se rééduque à partir d'un programme de déconditionnement et de reconditionnement ...

2 - Expliquer ce qui augmente la rapidité d'éjaculation : les angoisses (de performance, de virilité, liées aux fantasmes, liées aux exigences de la femme...), la fréquence (peu de rapports sexuels), le manque de lubrification, une sexualité pauvre ou inhibée, un couple névrotique, un phimosis, des dyspareunies avec des infections.....

3- Bien expliquer comment ça fonctionne et comment ça se rééduque, donner feuilles d'explications et schémas, bien leur faire comprendre à quoi correspondent le point de non retour et les sensations prémonitoires, donc l'importance de la rééducation.

En même temps expliquer que dans un premier temps on rééduque un réflexe et que c'est bête comme technique, la rééducation ne fait pas appel à l'intelligence :

(on met une poule dans une cage, la lumière est rouge elle a une décharge électrique, la lumière est verte elle a de la nourriture, la poule comprend très vite, alors pourquoi pas vous !),

puis bien expliquer que l'hypnose dans un deuxième temps va permettre de briser le cercle vicieux et va agir sur les angoisses et les pensées négatives. Enfin l'hypnose et les approches psychosomatothérapeutiques vont aider l'homme à gérer son excitation sexuelle.

4- Bien expliquer ce qui attend l'éjaculateur prématuré, il éjacule rapidement puis attend un peu et recommence à faire l'amour, mais cela ne durera pas. Petit à petit les rapports sexuels s'espacent, le risque en est l'inhibition du désir sexuel, l'impuissance, le conflit conjugal.

5- Bien expliquer votre type de prise en charge

Par exemple au centre de thérapie de Tours, de Perpignan et de Paris : Quatre séances soit avec contrat, soit sans contrat (avantages et inconvénients). A quoi sert la rééducation, pourquoi et comment l'homme peut la réussir. Comment est utilisée l'hypnose, ce que c'est, pourquoi avec si peu de séances nous avons autant de bons résultats.

Les Traitements

Il en existe plusieurs et ils vont tous essayer d'agir sur un, deux ou l'ensemble des niveaux évoqués précédemment. Même s'ils n'en sont pas directement responsables, un phimosis ou une brièveté du frein devront être opérés. Vérifier donc lors de l'interrogatoire s'il n'y a pas une dyspareunie qui pourrait expliquer plus ou moins l'éjaculation prématurée.

• Les médicaments :

Ils sont peu efficaces à eux seuls et ils ne permettent en aucun cas de résoudre le problème car , nous l'avons vu plus haut, il est difficile de soigner une maladie qui n'en est pas une! La plupart du temps nous en utilisons certains pour leur effet placebo chez des patients pour qui la prescription apparaît comme un remède miracle !

Les *anxiolytiques* pourraient à priori se justifier en diminuant l'angoisse de l'échec, mais ils atténuent les sensations les plus vives et ce n'est sans doute pas le but recherché.

Certains *médicaments antidépresseurs* vont agir en bloquant l'éjaculation qui, à l'extrême, risque de devenir impossible ou plutôt aboutir à une éjaculation sèche, car ils agissent sur la phase sécrétoire de l'éjaculation. Il ne devraient plus être utilisés.

Les *alpha-bloquants* (ils bloquent le passage de l'influx nerveux responsable : le Sermion à raison de Trois comprimés le matin, le midi et le soir pendant 30 Jours) sont intéressants sur le plan théorique ;

en fait ils ne permettent de gagner que quelques secondes. Leur utilisation se justifie en cas d'éjaculation anté-portas qui comme son nom l'indique se fait avant "la porte".

Quant aux *gels anesthésiques locaux*, ils vont tout insensibiliser, même la partenaire, l'utilisation d'une telle technique paraît totalement inadéquate !

Ce que nous avons pu voir dans certains sites ou les médicaments que certains médecins prescrivent faute de savoir prendre en charge correctement l'éjaculation précoce

LES ANESTHÉSIIQUES DE CONTACT à PROSCRIRE

Les zones réflexes de l'éjaculation sont à l'extrémité de la verge. Des sexologues ont proposés des anesthésiques locaux pour réduire la sensibilité.

A base de lidocaïne, en gel ou spray, il peuvent entraîner des réactions locales pour les deux partenaires ou une hyposensibilité de la partenaire ce qui ne va pas faciliter l'arrivée de l'orgasme.

LES AUTO-INJECTIONS INTRACAVERNEUSES à ce jour dangereuses et injustifiées

Elles sont parfois utilisées dans cette indication. L'érection est maintenue même après éjaculation et autorise la poursuite de l'acte sexuel et la satisfaction de la partenaire.

LES MÉDICAMENTS tout aussi inutiles et inefficaces

Anxiolytiques voire neuroleptiques sont utilisés, avec les antidépresseurs, les inhibiteurs de la sérotonine semblent offrir plus de possibilité thérapeutique (**DEROXAT** ® en particulier)

Seul le VIAGRA, intelligemment prescrit et à bon escient, dans le cadre d'un suivi thérapeutique de type comportemental et avec hypnothérapie peut rompre le cycle de la conduite d'échec et permettre une reprise de la confiance en Soi

En conclusion, pas de médicaments, ils ne sont pas vraiment nécessaires.

Pour une rééducation de l'éjaculation précoce

Les traitements psychologiques

Ils font appel le plus souvent à des techniques comportementales et cognitives qui ont pour but de modifier le comportement sans en aborder les causes. Ces techniques visent à modifier les représentations mentales et les croyances : on a cru pendant longtemps que l'éjaculation prématurée était une question de temps, alors qu'il s'agit d'un problème d'intensité de l'excitation. La modification des croyances est par elle-même source de changements des attitudes et des comportements.

La technique Comportementale utilise la classique technique du squeeze inventée par Seemans et reprise par Masters et Johnson : elle consiste à demander à la partenaire de serrer fortement la base du gland à un signal de l'homme. Cette méthode est efficace si le signal de l'homme est réalisé suffisamment tôt, c'est-à-dire avant de sentir le risque d'éjaculer. En fait, l'essentiel n'est pas tant le serrement que son signal ; car qui dit signal dit repère: l'homme souligne (repère) ainsi le niveau d'excitation atteint. Il étalonne son excitation. Le serrement n'a pour but qu'une réassurance. On comprend que si le signal est effectué trop tard, au moment où l'homme sent qu'il risque d'éjaculer, ce serrement va comprimer l'urètre empêchant provisoirement au sperme de s'évacuer ; au relâchement, il coulera sans pression. Puis on enchaîne sur le Stop and Go de Kaplan : il consiste à varier et même à arrêter les mouvements selon son excitation. On demande à l'homme de se concentrer sur ses sensations; dès qu'il perçoit les signes annonciateurs de la survenue de son éjaculation, il fait un signe à sa partenaire d'arrêter tout mouvement : c'est le "Stop". Son excitation ayant diminuée, il fait de nouveau le signal à sa partenaire de reprendre la stimulation: c'est le "Go". Il s'agit d'une des méthodes les plus simples et des plus efficaces, mais demande une grande concentration.

L'aspect cognitif de la thérapie est capital : en effet, le seul fait de savoir que le contrôle s'effectue sur l'excitation et non sur l'éjaculation est thérapeutique en soi.

En cas d'échec, nous devons repérer et évaluer une étiologie névrotique, la cure analytique sera alors à envisager. S'il existe un conflit de couple sous-jacent expliquant l'origine de l'éjaculation prématurée, une thérapie de couple sera alors à envisager.

Les autres techniques psychologiques

Il est impossible de toutes les détailler ; elles sont souvent complémentaires aux techniques cognitives qui ont pour but d'apporter des connaissances nouvelles sur le problème et sa solution, en quelque sorte d'amener à un changement de point de vue. Citons les suivantes :

La relaxation se révèle utile pour détendre un corps noué par l'angoisse et éviter ainsi le parasitage que le *soma* peut provoquer sur la *psychée*. La sophrologie tend à développer la maîtrise de soi par la prise de conscience de ce qui se passe à l'intérieur du corps. Ainsi prendre conscience de ce qui se passe au niveau du sexe lors de l'excitation est un bon moyen de la contrôler. L'hypnose utilise le système symbolique des représentations mentales (images ou métaphores).

Prise en charge de l'éjaculation Précoce (par Marine Dietrich) ©

Après avoir éliminé toutes causes organiques, nous positionnons ici une partie de ce qui est dit lors de la consultation et du feuillet qui est systématiquement remis au patient pour qu'il se souvienne des bases de la première consultation.

Les causes

La fréquence des rapports joue un rôle important dans la maîtrise de l'excitation sexuelle. En effet , il faut savoir qu'il y a une production de sperme 24h/24h au niveau des testicules. Le sperme va se "stocker" au niveau de la prostate et plus particulièrement dans l'urètre, appelée urètre prostatique. L'urètre peut contenir entre 3 et 5 centimètres cubes de sperme. Une fois cette contenance atteinte, il ne peut pas s'expanser indéfiniment comme une baudruche. La pression à l'intérieur de cet urètre va augmenter et va exercer une force importante sur les deux orifices dont la fermeture est commandée par deux muscles (un situé en haut de la prostate et un en bas). Ces muscles ont une structure et une résistance différente à la pression. En effet le muscle du haut est un muscle constitué de fibres lisses. Il est dit muscle fort, cela veut dire qu'il ne lâchera jamais, il n'y aura jamais d'éjaculation dans la vessie sauf si celui-ci est lésé. Le muscle du bas par contre a une structure striée comme le biceps. Ce qui veut dire qu'il est fatigable (par exemple pour les biceps, même si celui-ci est entraîné, une simple feuille de papier portée à bout de bras fera qu'il lâchera à un moment donné). Donc ce muscle qui ferme l'urètre prostatique lâchera par fatigue. Le lâchage de ce muscle correspond à ce que vous allez percevoir lorsqu'il y a imminence de l'éjaculation appelée aussi sensation "point de non retour".

Une fois cette sensation perçue, le processus débute et l'éjaculation se fera dans les deux secondes :

(sensation imminente = point de non retour = seuil d'excitation maximale).

Pour rééduquer, on utilise la technique de la "compression" (à chaque fois que le point de non retour va être franchi, vous ou votre compagne exercez une compression à la base du gland pour bloquer l'éjaculation). Ainsi vous pourrez poursuivre, car même si une éjaculation partielle se produit, elle n'entraînera pas de perte de l'érection, tout au plus une légère baisse puisqu'il y a forcément pendant ce temps de compression, une baisse de l'excitation.

L'apprentissage:

L'apprentissage d'une sexualité ludique et de l'érotisme pour que vous accédiez à la sensualité et au plaisir sera un des buts les plus importants, votre plaisir mais aussi celui de l'autre, celui de votre femme. Et dans la sexualité, comme dans n'importe quel apprentissage et dans n'importe quel domaine, c'est pratiquement dès les premières fois que vont s'inscrire dans l'automatisme vos comportements. Tout le monde sait que pour modifier un apprentissage, c'est très difficile (par exemple, au tennis, ce n'est pas parce que l'on a pas de "prof" que l'on ne va pas jouer, on va faire comme on peut, quoiqu'il en soit pas dans la technique même si on a lu un livre). D'où l'importance de l'éducation et de la prévention dans le domaine de la sexualité. C'est donc les premiers rapports sexuels de votre vie qui vont conditionner votre vie sexuelle future. Je prends souvent l'exemple, un peu extrême, du premier rapport sexuel qui se ferait derrière l'église, un jour de marché, un jour de pluie, ou chez les parents entre deux courses, ou encore dans une voiture sur un parking, à cet

instant là il faut aller vite par crainte d'être surpris. L'inconvénient, c'est que ce comportement de vitesse va s'inscrire rapidement et vous aurez l'impression que vous ne pouvez plus rien faire pour changer.

Je reprendrai là mon exemple du revers au tennis, si c'est un revers que vous avez mis en place tout seul il faut peu de temps pour qu'il passe dans l'automatisme de fonctionnement. Pour changer ce revers qui n'est pas technique, il faut prendre des cours. C'est-à-dire que pour modifier un comportement il faut :

De l'entraînement : il faut une assiduité dans celui-ci, et surtout de la rigueur ; ne pas vous dire, "aujourd'hui je suis fatigué, je fais comme avant" (*vite fait*), cela aura l'énorme désavantage de vous faire faire un pas en arrière beaucoup plus vite que vous n'avez fait le pas en avant. Ce que vous allez perdre dans ce genre de fonctionnement, c'est la motivation, et la motivation chez l'être humain ne mobilise qu'avec deux choses:

- 1) Le bonbon à la fin, la gratification...!
- 2) Ou alors le coup de pied aux fesses...!

Alors un conseil, si vous décidez de débiter cet apprentissage allez jusqu'au moment où il y aura un résultat qui vous convienne. et qui convienne à votre partenaire.

La cause psychologique

Il en faut bien une, mais dans ce que je décris ci-après c'est une analyse très schématique.

Cela ferait référence à la première femme que vous ayez eu, la femme avec un grand F, celle que vous avez eu en face des yeux de 0 à 6 ans (la mère, la tante enfin bref celle qui vous a élevé).

1) Si votre mère a été plutôt surprotectrice, étouffante, bouffante, cela a peut-être convenu au gamin que vous étiez, un certain moment, et après ce sera "*moins je suis dans ses bras, mieux je me porte*". La mère est la référence féminine de l'adulte que vous êtes devenu. Lorsque vous rencontrerez votre première partenaire (et les autres aussi d'ailleurs), vous la verrez au travers de la référence féminine qu'a été votre mère. Cela donnera, tout à fait inconsciemment, cette femme "***moins j'y suis, mieux je me porte***" = ***éjaculation prématurée***. L'inverse est aussi vrai c'est à dire une mère froide, distante, rejetante, qui ne vous a pas donné de tendresse entraînera chez vous une grande frousse face à vos premières partenaires, car face à vous c'est l'inconnu, la peur = l'éjaculation prématurée.

La cause du conflit conjugal

L'éjaculation prématurée est là bien souvent d'apparition secondaire et réactionnelle. Dans les cas où le conflit ne peut pas toujours se dire dans des mots, il se dit au travers d'un symptôme : l'éjaculation prématurée. Cela veut dire bien souvent *"tu me fais chier dans la vie de tous les jours, tu ne prendras plus ton pied"*. Dans ce cas bien évidemment, il faut faire le ménage dans votre ménage, si vous ne voulez pas déplacer votre symptôme. Car votre symptôme a son utilité, il veut toujours dire quelque chose.

98ème Congrès Français d'Urologie : Presque tout ce que vous avez toujours voulu savoir sur l'éjaculation sans jamais oser le demander

28 novembre 2004

Paris le 20 Novembre. La physiologie de l'éjaculation, dont la connaissance est un préalable à la compréhension et au traitement des troubles de l'éjaculation demeure encore pour partie mystérieuse. Cependant des progrès importants ont été accomplis ces dernières années grâce à des études réalisées in vivo chez le volontaire sain et à l'expérimentation animale.

Les principaux résultats de ces recherches ont été présentés par François Giuliano, de l'hôpital de Bicêtre (France).

On distingue classiquement deux phases à cette série d'événements aboutissant à l'expulsion de sperme au méat : l'émission et l'expulsion.

L'émission associe sécrétion de liquide séminal (provenant à 50 à 80 % des vésicules séminales, à 15 à 30 % de la prostate et à moins de 1 % des testicules), contraction de l'ensemble du tractus séminal et fermeture du col de la vessie. Durant l'émission, la pression dans l'urètre prostatique s'élève considérablement. La chronologie des événements a pu être précisée par des études in vivo avec échographie endorectale réalisée lors d'une masturbation. On sait aujourd'hui que l'émission est contrôlée entre autres par des neuromédiateurs, le NO, l'ATP et l'ocytocine qui jouerait un rôle majeur.

L'expulsion par saccades est liée à des contractions des muscles lisses qui surviennent à une fréquence de 0,8 Hz qui ont pu être enregistrées et analysées par électromyographie durant une masturbation chez des volontaires (!).

Le contrôle neurogène de l'éjaculation est aujourd'hui mieux connu grâce à des études conduites chez le rat. En plus d'un réflexe spinal, l'éjaculation serait sous le contrôle d'un noyau paraventriculaire sérotoninergique situé dans le tronc cérébral. Les projections sérotoninergiques descendantes de ce noyau sont inhibitrices de l'éjaculation. Ceci explique sans doute l'intérêt des inhibiteurs de la recapture de la sérotonine dans l'éjaculation prématurée.

D'autres études conduites en tomographie d'émission de positrons (TEP) du cerveau durant une éjaculation ont concerné les relations entre ces événements physiologiques et la survenue d'un orgasme. Elles ont montré une activation extrêmement importante de l'aire tegmentale ventrale de

l'encéphale lors de l'éjaculation. La même aire étant activée durant la prise d'héroïne ou de cocaïne, certains neurophysiologistes y voient un véritable centre du plaisir.

Dr Céline Dupin

Quand l'éjaculation survient trop tôt...

Chez la personne qui souffre d'éjaculation prématurée, la phase d'excitation est trop rapide, la phase en plateau est raccourcie, et l'éjaculation trop précoce. Si l'émission de sperme implique la contraction péristaltique de l'épididyme et des canaux déférents, ainsi que celle des vésicules séminales, de la prostate et du col de la vessie de manière à propulser les spermatozoïdes, le liquide séminal et le liquide prostatique vers l'urètre postérieur, la phase expulsive de l'éjaculation comporte des contractions rythmiques des muscles striés du plancher pelvien, couplée à la fermeture du col vésical et la relaxation du méat urétral de manière à pouvoir expulser le contenu séminal vers l'extérieur. L'émission est alors sous l'influence de trois noyaux, deux facilitateurs, l'aire médiane préoptique et le noyau paraventriculaire, et d'un noyau inhibiteur, le noyau paragigantocellulaire, toutes structures où les récepteurs 5HT1A (hypoactivés) et 5HT2C (hyperactivés) sont massivement représentés. Quant à l'expulsion, elle est sous l'influence du système sympathique au travers de la corde lombosacrée.

Parmi les approches proposées à ce jour pour « traiter » l'éjaculation précoce, peu ont donné des résultats convaincants, sauf l'approche comportementale (pincement de la base du pénis, technique du « stop and start » en associant thérapies et hypnose) apporte un soutien incontestable. Quant aux médicaments, les inhibiteurs de la phosphodiesterase-5 ne sont pas dénués d'effets secondaires aux doses préconisées, les anesthésiques locaux, bien qu'efficaces, génèrent souvent une hypoesthésie pénienne et une absorption transvaginale, et les inhibiteurs spécifiques de la recapture de la sérotonine agissent lentement (plus de 3 semaines) et restent trop longtemps dans l'organisme.

Dr Dominique-Jean Bouilliez

MÉTHODE COMPORTEMENTALE (Marine Dietrich)

1er temps

Caresse générales sans inclure les zones sexuelles, l'un après l'autre

Minimum une semaine

1/ Établir ou rétablir une communication avec le partenaire

2/ Trouver d'autres zones érogènes

3/ Rétablir l'équilibre entre le sexe et le reste du corps.

Souvent vous pensez que l'excitation ne provient que du sexe

2ème temps

Caresses du corps l'un après l'autre en incluant les zones sexuelles sans but d'excitation orgasmique.

minimum u

Maîtrise de l'excitation lors des caresses

Mise en place du squeeze (compression du gland entre deux doigts)

3ème temps

Caresses générales et masturbation en utilisant le Squeeze au moment du point de non-retour, cela 4 à 5 fois de suite au cours du rapport sexuel, pas de pénétration

Apprentissage du Squeeze

4ème temps

Utilisation du squeeze lors d'un rapport sexuel avec pénétration dans le but de retrouver l'alarme

- *Alarme = sensation prémonitoire = 1ère sensation de plaisir*

But : Allonger le temps du rapport sexuel

5ème temps

Mise en pratique de la désensibilisation systématique à chaque fois que la sensation d'alarme est atteinte

- 1ère Phase : le Retrait

- 2ème Phase : L'arrêt des mouvements en intra-vaginaux

- 3ème phase : Le ralentissement des mouvements de va et vient

6ème temps

Associez à la méthode de désensibilisation locale, la méthode de dérivation de l'excitation sexuelle.

But : Facilitation de la stabilisation de l'excitation

• Toujours faire prendre conscience au patient :

1/ Que son problème est un problème de temps, il doit apprendre à prendre son temps et à ne pas griller les étapes,

2/ Pour que la rééducation se fasse correctement, vérifiez que le patient ne soit pas tenté de prendre des chemins de traverse ou que sa partenaire ne mette pas en place des conduites de sabotage.

Les échecs

Si 80% à 90% des cas d'éjaculation prématurée trouvent une solution en 6 à 10 semaines (4 séances dans 50% des cas), il existe un certain nombre d'échecs.

Ils sont dus essentiellement à une mésentente conjugale sous-jacente au problème sexuel et qui se révèle au cours de la thérapie par son échec. Le symptôme sexuel ne peut pas disparaître, car il mettrait en évidence un conflit que personne ne souhaite voir apparaître. A l'extrême il vaut mieux qu'il persiste à moins d'envisager une remise en question de la relation conjugale. Dans ce cas le

traitement de l'éjaculation prématurée passe d'abord par la résolution du conflit, à l'aide d'une thérapie de couple.

Ces recherches dans le domaine de l'éjaculation précoce et cet article ont été réalisés sous la responsabilité de Madame Marine Dietrich, Spécialiste en Hypnose, PNL, Sophrologie et thérapeute.

Les autres thérapeutes ayant participé et consultants dans les Centres de Thérapies
Espérance de Moura, Armelle Chance (hypnothérapeute)

Pour consulter

Dans le 66 à Perpignan : Marine Dietrich au 06 14 589 497

Centre de Thérapies de Paris 6, Paris 14 et Paris 15 : 01 43 217 922 (Ghislaine Duboc)

Centre de Thérapies de Paris 17 : 06 10 41 28 35 (Angélique Veillard)

Consultations sur RDV au Centre de Thérapies de Tours (Lisa Coulon et Gille Roghé)

Consultations sur RDV au Centre de Thérapies du Mans (Alexa Peterson et Corinne Riest)

pour obtenir de noms et adresses de thérapeutes spécialisés dans ce domaine en France

Consultations sur RDV au Centre de Thérapies de Bayonne (Dorothee Lajus 05 59 592 621)

Consultations sur RDV au Centre Ovide de Blois (Thierry Bunas 02 54 900 252)