

Problématique des anéjaculations psychogènes au Sénégal : à propos de quatre cas

Problems of psychogenic anejaculation in Senegal: about four cases

A. Sylla · N.-D. Ndiaye-Ndongo · L. Fall · S.M. Guèye · M. Guèye

Reçu le 22 février 2012 ; accepté le 9 mai 2012
© SALF et Springer-Verlag France 2012

Résumé Au Sénégal, les troubles sexuels posent un réel problème de diagnostic et surtout de prise en charge, en rapport avec le manque d'informations des patients, les tabous sexuels et la rareté supposée de ces affections.

Des patients présentant une anéjaculation sans étiologie organique ou iatrogène ont été adressés au service de psychiatrie en consultation de soutien psychologique. Les entretiens réalisés ont permis de déceler des facteurs psychosociaux communs par rapport aux circonstances précédant et entretenant l'anéjaculation psychogène.

Le premier facteur commun est la précocité des relations sexuelles avant la puberté chez tous les patients.

Par ailleurs, nous avons noté la crainte d'un inceste éventuel avec un sentiment de culpabilité, et une certaine valorisation de l'anéjaculation par les partenaires qui pourraient être des facteurs intervenant dans le renforcement du trouble.

La mise à disposition d'un espace d'écoute associé à des réaménagements s'inspirant de l'approche cognitivocomportementale a pu apporter un soulagement aux patients.

Mots clés Anéjaculation psychogène · Relations sexuelles prépubertaires · Inceste · Sénégal

Abstract In Senegal, sexual disorders are a real diagnosis and support problem, which is due to the lack of information of patients, sexual taboos and the little number of these affections.

Patients with an anejaculation without organic or iatrogenic etiology were sent to psychiatry in psychological support consultation. The individual sessions have identified common psychosocial factors over the circumstances leading

up to and sustaining the psychogenic anejaculation.

The first common factor is early sexual intercourse prior to puberty for all patients.

In addition, we have noted the fear of a potential incest with guilt feelings, and a sort of over-appraisal of the anejaculation by partners, all these factors may contribute to the strengthening of the disorder

Provision of a listening space associated with adjustments based on the behavioral cognitive approach could bring relief to patients.

Keywords Psychogenic anejaculation · Prepuberty sexual intercourse · Incest · Senegal

Introduction

La réponse sexuelle masculine est organisée selon un cycle avec quatre stades : le désir, l'excitation, l'orgasme et la phase résolutive. L'orgasme et l'éjaculation représentent la phase finale de la réponse sexuelle. L'éjaculation normale se définit comme l'ensemble des phénomènes neuromusculaires conditionnant la formation du sperme et son éjection hors de l'urètre à la fin de l'acte sexuel chez l'homme.

L'anéjaculation est une impossibilité d'éjaculer du sperme par le méat urétral en dépit d'une érection normale et des stimulations appropriées. On distingue deux types d'anéjaculation [1] : l'anéjaculation sans orgasme (anorgasmie) et l'éjaculation rétrograde ou sèche avec orgasme.

Les anéjaculations d'origine organique sont en rapport avec une cause connue qui peut être iatrogène, neurologique ou autre.

Les anéjaculations d'origine psychogène sont souvent associées à une anorgasmie. Il peut alors exister une éjaculation en dehors des rapports sexuels (émission nocturne, masturbation). Cette émission de sperme peut permettre une fécondation *in vitro* [2].

A. Sylla (✉) · N.-D. Ndiaye-Ndongo · L. Fall · M. Guèye
CHNU de Fann, service de psychiatrie, BP 5952 Dakar-Fann,
Sénégal
e-mail : mbenendiaye@yahoo.fr

S.M. Guèye
Service d'urologie andrologie de l'hôpital général de Grand Yoff

Des techniques thérapeutiques plus ou moins efficaces sont utilisées dans d'autres pays pour soulager les patients de leur infertilité [3,4].

Au Sénégal, les troubles sexuels posent un réel problème de diagnostic et surtout de prise en charge. Ces difficultés rencontrées sont liées au manque d'informations des patients, à la pauvreté des moyens d'exploration, aux tabous sexuels et à la rareté supposée de l'affection. Par ailleurs, l'anéjaculation semble moins fréquente dans les plaintes des patients que l'éjaculation prématurée ou le dysfonctionnement érectile. En effet, elle semble moins visible par la partenaire, moins gênante pour la réalisation d'une relation sexuelle que l'éjaculation prématurée et le dysfonctionnement érectile.

Patients et méthodes

Les patients de la présente étude présentaient une anéjaculation sans étiologie organique ou iatrogène. Ils ont été adressés au service de psychiatrie et de psychologie médicale par le service d'urologie pour une évaluation et une prise en charge psychologique. Chaque patient a été suivi par un seul médecin avec qui il avait un entretien hebdomadaire. Il s'agissait d'entretiens semi-structurés autour de l'anéjaculation : son début, l'existence d'éjaculation en dehors des relations sexuelles, l'âge et les circonstances des premiers contacts sexuels.

L'objectif était d'arriver à comprendre les processus en cause dans ces anéjaculations sans substratum organique d'une part et d'autre part, arriver à soulager le patient.

Observations

Oumar

Oumar est un étudiant à l'université âgé de 26 ans. Il est célibataire sans enfant. Il est adressé à notre consultation pour absence d'orgasme et d'éjaculation lors des rapports sexuels. Il éjacule au cours de rêves érotiques et de masturbations.

Selon l'urologue qui nous le réfère, il ne présente aucun trouble de la miction et l'examen physique est strictement normal.

Nous avons noté chez lui une anxiété. Il arrive à peine à s'exprimer devant le médecin. Au cours des entretiens, il a pu révéler avoir eu ses premières expériences sexuelles autour de l'âge de quatre ans, avant sa circoncision et sa puberté. Ses « partenaires » étaient des amies de sa grande sœur et d'une de ses tantes maternelles, toutes plus âgées que lui. Il éprouve une grande culpabilité par rapport à ces expériences et dit : « *je me sens comme un jouet sexuel que ces*

filles ont utilisé : elles venaient me demander de monter sur elles et s'en allaient après avoir fini. Qu'est-ce qui m'empêcherait de le faire avec ma propre sœur d'autant plus que je l'ai fait avec ma tante ! ». Il faut noter que ce patient a encore à ce jour toujours des partenaires sexuelles plus âgées que lui. Il dit ne pas pouvoir s'empêcher de penser à ses premières expériences lors de ses rapports sexuels.

Par ailleurs, il dit avoir beaucoup de succès auprès des filles car il est considéré comme un amant infatigable. Il faut noter qu'il ne fait jamais le premier pas pour une relation, ce sont les filles qui viennent vers lui.

L'abstinence de rapports sexuels qui lui a été prescrite pour 15 jours n'a pas été respectée.

Oumar nous a révélé une semaine après, à l'entretien suivant, avoir eu un rapport sexuel avec une éjaculation. La verbalisation de la culpabilité « incestueuse » a-t-elle eu une action cathartique ? Oumar a continué à éjaculer normalement lors des rapports sexuels suivants. Il a arrêté son suivi au bout de deux mois.

Ousmane

Ousmane est un homme de 30 ans, marchand ambulant adressé par l'urologue pour anéjaculation sans étiologie retrouvée. Il éjacule lors de rêves érotiques et de masturbations. Il est célibataire et a de nombreuses partenaires sexuelles. En effet, comme il le dit lui-même avec une certaine fierté, les filles avec lui sont satisfaites à coup sûr. Il a eu des contacts sexuels très tôt, avant la puberté, avec une grande cousine qui l'embrassait et lui demandait de se frotter contre elle. Il se sent très coupable pour cette aventure. L'abstinence de relations sexuelles prescrite pour quinze jours n'a pas été respectée. À chaque entretien hebdomadaire, Ousmane nous fait part de rapports sexuels qu'il a eus avec l'espoir à chaque fois d'éjaculer. Il n'a toujours pas retrouvé d'éjaculation pendant les rapports sexuels. Il continue à venir régulièrement aux rendez-vous. Il dit se sentir mieux avec le suivi, même s'il ne retrouve pas encore d'éjaculation normale.

Assane

Assane est un homme de 27 ans, sans emploi. Référé par le service d'urologie pour anéjaculation psychogène, il a des éjaculations lors des rêves et des masturbations. Il a eu ses premiers contacts sexuels vers l'âge de huit ans au village. Il nous révèle une notion de sexualité collective avec des filles et garçons du même groupe d'âge. Dans le groupe, il y aurait eu des relations de nature homosexuelles et même zoophiliques. Assane éprouve une grande gêne et beaucoup de culpabilité par rapport à ce passé. Il dit craindre des dérapages incestueux qui ont pu avoir lieu lors de ces « orgies » car il a des demi-sœurs du même âge que lui et il était possible

qu'elles se soient retrouvées dans ce groupe d'âge : ces échanges s'étant souvent déroulés dans la pénombre, il n'est aujourd'hui sûr de rien.

En cours de suivi, ce patient qui respectait ses rendez-vous a eu un traitement pour une tuberculose pulmonaire et ensuite un traitement antidépresseur inhibiteur de la recapture de la sérotonine (fluoxétine 20 mg par jour), à cause de la prégnance des idées de culpabilité par rapport à son passé. Il a retrouvé une éjaculation normale au bout de trois semaines de suivi et est aujourd'hui père d'une fillette. Il travaille actuellement comme agent de sécurité. La mère de sa fille a néanmoins dix ans de plus que lui. Revu récemment, il nous a fait part d'une promotion au niveau professionnel.

Ibou

Ibou est un homme de 30 ans cordonnier, marié depuis deux ans. Son anéjaculation a été découverte lors d'une consultation pour stérilité du couple. C'est le couple qui a été adressé à notre consultation. Ibou a des éjaculations lors des rêves ou de la masturbation. Il aurait eu ses premières relations sexuelles complètes après son mariage. Néanmoins, il dit avoir entretenu des relations incomplètes avec la fille de son tuteur. Il se retenait énormément pour éviter « l'irréparable » avec cette fille.

Son épouse est préoccupée par un fort désir d'enfant. Les connaissances de ce couple sur le fonctionnement des organes sexuels ne sont pas très claires. Nous avons eu avec eux des séances de questions-réponses sur le sujet. La période d'abstinence sexuelle de 15 jours prescrite a été respectée par le couple. Elle a été suivie par une seconde période de masturbation réciproque sans pénétration sexuelle avec une éjaculation notée à chaque fois. À la reprise des relations sexuelles complètes, le couple nous a signalé une légère amélioration : malgré l'existence d'une éjaculation, le mari fait part d'une insatisfaction persistante. Il se plaint par ailleurs d'une fatigabilité et des sentiments dépressifs ont été mis en évidence chez lui. Il s'est amélioré avec un traitement antidépresseur par inhibiteur de la recapture de la sérotonine (fluoxétine 10 mg par jour) après un mois. Le couple dit avoir une sexualité satisfaisante et a interrompu le suivi.

Discussion

Les anéjaculations sans causes organiques, encore appelées anéjaculations psychogènes, constituent environ 90 % des anéjaculations. Par conséquent, la prise en charge psychologique doit être systématique pour Colombeau [5].

Les consultations de nos patients étaient surtout motivées par le besoin de comprendre leur trouble, mais aussi par le désir d'enfants. Delavierre trouvait dans des proportions dif-

férentes ces mêmes motifs qui amènent au diagnostic de l'anéjaculation [6].

Il s'agit surtout d'une affection de l'adulte jeune. Les patients que nous avons reçus ont entre 26 et 30 ans. Dans la littérature, les différents cas publiés ont entre 20 et 40 ans [5,6]. Cette tranche d'âge est dans nos régions particulièrement exposée aux différents facteurs de stress en général. Réussite dans les études, recherche d'un emploi, vie familiale sont autant de facteurs qui contribuent à l'entretien d'une situation d'angoisse. Ces facteurs sont retrouvés par Corona et al. [7] qui lie les difficultés d'éjaculation à un excès de contrôle du plaisir couplé à une crainte de l'échec. Cet excès de contrôle peut être associé à des conflits intrapsychiques non résolus.

Les observations rapportées par Colombeau [5] montrent aussi que la profession peut jouer un rôle dans l'évolution d'une anéjaculation. D'autres auteurs, comme Corona et al. [7] et Meacham [8] trouvent que les stressseurs de vie distrayant le sujet des émotions agréables contribuent à renforcer les troubles de l'éjaculation.

Le sentiment de culpabilité résultant de l'idée d'inceste au cours des premières expériences sexuelles est assez présent comme facteur associé à l'anéjaculation psychogène. L'inceste est prohibé par presque toutes les cultures. Son interdit marque la civilisation, en ce sens qu'il distingue l'humanité des animaux. La transgression de cet interdit touche l'individu jusque dans ses structures psychiques les plus profondes. Rien que des idées incestueuses, surtout fils-mère, témoignent pour certains auteurs de pathologie mentale schizophrénique [9].

Par ailleurs, lors des premières expériences sexuelles, certains de nos patients étaient encore impubères, donc incapables d'éjaculer. Cette notion d'anéjaculation a donc pu être corrélée au coït, reproduisant ainsi de manière inconsciente le même processus à l'âge adulte. Cette première relation a au moins une des caractéristiques du traumatisme qui est la répétition. En effet, plusieurs des patients que nous avons reçus ont continué à reproduire inconsciemment plusieurs circonstances symboliques du premier rapport sexuel : partenaires plus âgées, demande émanant de la partenaire, absence d'éjaculation...

Par ailleurs, l'anéjaculation a aussi pu être renforcée par le fait que le patient se retrouvait « amant infatigable » et tirait ainsi un bénéfice secondaire de la situation pathologique de départ.

L'abstinence sexuelle que nous avons prescrite en nous inspirant de l'approche comportementale et cognitive (se détacher du coït, ressentir autrement ses organes) sert à briser le cercle du renforcement de l'anéjaculation. Comme les autres problèmes sexuels, l'anéjaculation s'apparente aux phobies en raison de l'angoisse et de l'évitement qui l'entourent.

Les sujets atteints présentent dans leur passé un traumatisme sexuel vécu ici avec beaucoup de culpabilité, voire du dégoût.

La thérapie, comme le décrivent Jarousse et Poudat [10], commence par un retour à la sensibilité cutanée et on suggère au patient de prendre du plaisir uniquement au niveau cutané par des caresses mutuelles, partagées dans une ambiance détendue, avec interdiction d'avoir des rapports sexuels ou des caresses sexuelles. Ce premier temps permet au couple de sortir de sa transaction problématique et de réduire l'anxiété de performance qui est souvent liée en boucle de rétrocontrôle négatif aux problèmes sexuels.

Dans un deuxième temps, on suggérera des caresses sexuelles et dans un troisième temps, seulement des rapports sexuels.

Pour l'anéjaculation, on peut aussi préconiser une masturbation progressive avec éjaculation au dernier moment dans le vagin, surtout pour les cas où l'éjaculation n'existe que lors des rêves ou de la masturbation. Il faut remarquer la difficulté liée à ces prescriptions pour les patients célibataires qui, du fait du contexte social, ne pouvaient venir avec leur partenaire. La prescription d'abstinence n'a pas été respectée dans plusieurs cas et nous nous sommes posé des questions sur la place de cette transgression dans le processus thérapeutique. En fait, il s'agissait aussi d'une désobéissance à un ordre d'une autorité féminine, peut-être la première depuis le traumatisme infantile.

L'espace d'écoute et les techniques comportementales nous paraissent pour le moment des alternatives pouvant soulager les patients avec une anéjaculation psychogène.

Conclusion

Les anéjaculations psychogènes que nous avons rencontrées concernaient des adultes jeunes qui ont eu des pratiques sexuelles avant la puberté. Ces pratiques comportent certains équivalents incestueux à l'origine d'une souffrance et d'une culpabilité.

Cependant, l'anéjaculation elle-même semble parfois valorisée par les partenaires sexuelles.

L'écoute, l'utilisation de certains procédés thérapeutiques comportementaux, de même que la prescription de psychotropes antidépresseurs au besoin, a procuré un mieux-être aux patients.

Ces troubles devraient être mieux connus par les praticiens mais aussi le public afin qu'une réflexion puisse être menée dans le sens d'une amélioration de leur prise en charge, à l'image des dysfonctionnements érectiles.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

Références

1. Rowland D, McMahon CG, Abdo C, et al (2010) Disorders of orgasm and ejaculation in men. *J Sex Med* 7:1668–86
2. Hovav Y, Kaftka I, Horenstein E, Yaffe H (2000) Prostatic massage as method for obtaining spermatozoa in men with psychogenic anejaculation. *Fertil Steril* 74:184–5
3. Denil J, Kupker W, Al Hasani S (1996) Successful combination of transrectal electroejaculation and intracytoplasmic sperm injection in the treatment of anejaculation. *Hum Reprod* 11:1247–9
4. Everaert K, Oosterlinck W (1997) Diagnosis and treatment of psychosocial induced anejaculation or anorgasm by vibratory stimulation. *Acta Urol Belg* 65:59–61
5. Colombeau P (1988) Une anéjaculation vraie ? *Le concours Médical* 2:102
6. Delavierre D, Hapi MH, Nsabimbona B (2004) Diagnostic d'une anéjaculation à propos de 72 patients. *Andrologie* 14:164–70
7. Corona G, Mannucci E, Petrone L, et al (2006) Psychobiological Correlates of Delayed Ejaculation in Male Patients With Sexual Dysfunctions. *J Androl* 27:453–8
8. Meacham R (2003) Management of psychogenic anejaculation. *J Androl* 24:170–1
9. Schlesinger LB (1999) Adolescent sexual matricide following repetitive mother-son incest. *J Forensic Sci* 44:746–9
10. Jarousse N, Poudat FX (1987) Traitement comportemental de l'anéjaculation. *Cahiers de sexologie clinique* 13:39–44