



LES FACTEURS PSYCHOLOGIQUES DE LA DYSFONCTION ÉRECTILE

Cours du vendredi 11 octobre 2013 à 15:30 par Dr Sylvain ICETA

SOMMAIRE

I) LA SEXUALITÉ CHEZ L'HOMME

- 1) L'action avant tout
- 2) Les conséquences
 - a) L'angoisse de performance
 - b) L'homme pragmatique
- 3) L'évolution de la sexualité masculine au cours de la vie

II) UNE NOUVELLE DÉFINITION

- 1) Redéfinition
- 2) Les perturbations émotionnelles
- 3) Autres problèmes

III) PRÉVALENCE DE LA DYSFONCTION ÉRECTILE

IV) ÉTIOLOGIES

Les différentes causes psychogènes

V) L'ENTRETIEN

- 1) Le diagnostic
- 2) Les erreurs
- 3) Orientation diagnostique
- 4) Les typologies psychologiques

VI) LA PRISE EN CHARGE

- 1) Travail sur l'anxiété
- 2) La pédagogie
- 3) La sexothérapie
- 4) La psychologie
- 5) La systémique
- 6) Le/la partenaire

I) LA SEXUALITÉ CHEZ L'HOMME

1) L'action avant tout

L'homme a ce caractère d'être toujours dans l'action et de quantifier les choses. Déjà enfant, le petit garçon mesure la taille de son pénis et le compare par rapport à celui de ses copains, dans la cour de l'école. Une fois adulte, l'homme quantifie ses rapports sexuels, notamment autour d'un verre de bière, entouré d'autres hommes. De plus, l'homme visualise son désir, il voit son érection, et il s'agit-là de quelque chose d'extériorisé que l'on ne retrouve pas chez la femme.

De ce fait, l'homme est face à deux problématiques :

- celle de **tenir**, de réussir à maintenir un pénis suffisamment rigide pour avoir des rapports sexuels ;
- celui de **se retenir** à ne pas éjaculer trop vite.

2) Les conséquences

Du fait qu'on sollicite en permanence l'action de l'homme, de nombreuses conséquences en découlent.

a) L'angoisse de performance

L'angoisse de performance, c'est la peur chez l'homme de ne pas être « suffisamment bon ». Elle a pour conséquence de :

- **majorer la dysfonction érectile** : l'homme angoisse tellement que cela influe sur sa fonction érectile ;
- **provoquer des phénomènes de renforcement négatif** : l'homme se dit que s'il n'y arrive pas la prochaine fois, alors il ne vaut rien, et de ce fait, cela induit des distorsions cognitives ;
- **nécessiter une prise en charge spécifique**.

b) L'homme pragmatique

De plus, comme l'homme est souvent une personne pragmatique, il a quelque peu tendance à **confondre la masculinité et la virilité**. De ce fait, il est **coupé de son corps interne** et ne réfléchit plus de façon extériorisée.

Le sexe représente alors la solution permettant de **résoudre les tensions**. Il correspond à une sorte de masturbation anxiolytique, phénomène que l'on retrouve chez l'homme mais qui n'a pas d'équivalent chez la femme.

3) L'évolution de la sexualité masculine au cours de la vie

Depuis l'enfance, l'homme a un élément de comparaison : son pénis. Il en compare la taille,

le nombre d'érections, etc.

Mais en vieillissant, les choses changent : l'homme a de plus en plus besoin de sa partenaire pour obtenir une érection.

Du fait d'avoir besoin de sa partenaire en vieillissant, cela peut entraîner différents problèmes chez l'homme :

- **des modifications profondes** de sa perception de lui-même et de sa sexualité ;
- **le recours au fantasme** : il s'imagine une perversion de sa partenaire, ce qui peut rendre la vie conjugale extrêmement conflictuelle ;
- **la nécessité de rentrer dans un relationnel** plus poussé pour maintenir un désir suffisant et mieux capter les sensations.

Cela impose donc à l'homme :

- d'être moins opératoire et d'avoir une femme plus participative ;
- de repenser à son image de Superman pour n'être finalement qu'un « super homme » ;
- de passer de l'homme qui fait jouir à celui qui a besoin de sa partenaire pour mettre les sensations.

Chez un homme, qui a toujours vu ses érections comme une forme de puissance, c'est quelque chose de difficile à entendre et à accepter.

II) UNE NOUVELLE DÉFINITION

1) Redéfinition

Il est difficile pour un homme de comprendre et d'accepter qu'il ne peut pas juste se contenter de son érection au niveau organique.

La perte d'érection ne suffit pas à elle seule à définir l'impuissance, il faut y associer les comportements qui vont autour, et notamment ceux d'hyper-contrôle :

- **le bâclage** : l'homme se dit qu'il ne va pas y arriver, que ça va être difficile et donc qu'il va aller plus vite afin de régler son problème et de passer rapidement à autre chose (le fait de ne pas en discuter avec son ou sa partenaire est d'ailleurs un trait plutôt masculin) ;
- **l'évitement** : l'homme invente des excuses (« je me suis fait mal au dos au bureau ») et dit à son ou sa partenaire qu'il sera plus en forme le lendemain, mais il invente une nouvelle excuse le lendemain.

2) Les perturbations émotionnelles

Cela induit des perturbations émotionnelles importantes chez l'homme :

- **une dévalorisation** : l'homme se dit qu'il ne vaut plus rien puisque son érection est

de mauvaise qualité (il s'agit là de la première inquiétude somatique à aller rechercher chez les patients en consultation).

- **une culpabilité** : l'homme se dit qu'il vaut moins bien que ses collègues de travail puisque eux y arrivent, contrairement à lui, et cela pose d'autant plus problème parce que là, les hommes se trouvent dans des positions plus professionnelles, « narcissiques », où ils ont des responsabilités, donc la difficulté de comparaison est très complexe ;
- **des éléments dépressifs** : du fait de sa dévalorisation et de sa culpabilité, l'homme peut tomber en dépression. Il n'est pas rare de voir des hommes dans des dépressions importantes à cause de problèmes d'érection.

De même, chez les patients déprimés, on va retrouver des problèmes d'érection. Dans ce cas, le traitement et la prise en charge de l'érection peut les aider au niveau de la dépression.

C'est pourquoi il est très important d'essayer de chercher chez le patient ce qu'il peut y avoir derrière sa vision de son problème d'érection : se sent-il atteint ? Se sent-il triste ? Se réveille-t-il parfois au beau milieu de la nuit ? Etc. Il est essentiel d'identifier tous ces éléments de diagnostic de dépression, qui peuvent survenir de façon conjointe.

- **l'inhibition fantasmatique.**

3) Autres problèmes

À ces perturbations émotionnelles se surajoutent parfois :

- **des problèmes organiques** : il peut y avoir un terrain organique et des éléments psychologiques qui vont venir déclencher la dépression.
- **des facteurs individuels et contextuels** :
 - **la dynamique de couple** : c'est un élément que l'on étudie en consultation et qui est vraiment important. Le jour de la consultation, il convient d'aller vérifier dans la salle d'attente si le patient vient en couple ou seul. Lorsque le patient vient avec son ou sa partenaire et qu'ils sont installés l'un à côté de l'autre, cela signifie qu'ils sont fusionnel à deux, et donc que le praticien aura du mal à les séparer pour régler les problèmes d'érection. Au contraire, s'ils sont positionnés d'un bout à l'autre de la salle d'attente, cela signifie qu'il y a quelque chose qui ne va pas et qu'il va falloir explorer.
- **l'environnement et les facteurs de stress** : le patient va avoir tendance à chercher tout ce qui est négatif, par exemple sa profession (le fait de devoir gérer une nouvelle équipe, etc.), qui est une responsabilité et qui majore l'angoisse de performance.
- De ce fait, il est très stressé et angoissé, et n'a donc plus d'érection. Dans ce cas-là, il faut rechercher avec lui ce qui peut être positif.
- **la logique sexuelle individuelle** : les hommes souffrant de dysfonction érectile sont dans une anxiété omniprésente, qu'il faut explorer. Il faut également prendre en compte les différents profils de patients qui vont se présenter en consultation et

adapter ses mots et ses arguments en fonction de la personne. Certains patients ne comprendront pas le mot anxiété de la même manière, par exemple. D'autres patients seront un petit peu trop rigides et ne sauront pas verbaliser les choses. Il faut donc aller chercher les meilleurs arguments indirects afin d'identifier en quoi l'anxiété intervient dans cette problématique (« Est-ce que vous avez une boule au ventre ? Les mains moites ? Envie de faire pipi beaucoup plus souvent ? » Etc.).

III) PRÉVALENCE DE LA DYSFONCTION ÉRECTILE

Quelques chiffres

- 24 % des hommes disent avoir eu des dysfonctionnements érectiles occasionnellement ;
- 11 % des hommes prétendent avoir une dysfonction érectile modérée ou sévère.

Cela fait un total de 35 %, soit à 3 à 6 millions de français.

Or, comme on peut l'observer dans le tableau ci-dessous, avec l'âge, les dysfonctionnements érectiles augmentent fortement.

Avant 40 ans	< 14 %
40-50 ans	6-19 %
50-60 ans	12-24 %
60-70 ans	29-41 %
70-80 ans	53-63 %
> 80 ans	80,00%

Prévalence des troubles de l'érection selon l'âge

Il faut savoir que l'on ne donnera pas les mêmes explications à un patient de 50 ans qu'à un patient de 18-20 ans. Ce tableau représente un élément épidémiologique qui peut s'avérer très utile en consultation, car il a un côté plus éducatif, ce qui a le don de rassurer, de calmer les anxiétés. C'est essentiel à ce moment-là.

IV) ÉTIOLOGIES

La dysfonction érectile va être :

- Purement psychologique dans 68 % des cas ;
- Organique ou mixte (organique + psychogène) dans 29 % ;
- D'origine indéterminée dans 3 % des cas.

L'étiologie est souvent très imprécise et multifactorielle, chez des patients polymédicamentés.

Les différentes causes psychogènes

Chez les psychogènes, on décrit 2 grands types :

1. La dysfonction érectile psychogène généralisée :

- **L'absence d'excitation et les troubles des rapports sexuels** ; c'est l'unité sexuelle globale qui se manifeste sous forme de dysfonction érectile ;
- **La timidité sociale et la phobie** : il est important de chercher ce qui se cache derrière et qui est de l'ordre de la phobie, de la timidité sociale (peur d'aller vers l'autre, des rapports sociaux, etc.) ou encore de la croyance religieuse (on ne peut pas éjaculer sur sa partenaire car il y a quelque chose de l'ordre du tabou, etc.). Cela induit un problème d'érection en lien avec ces phobies ou croyances.

2. La dysfonction érectile psychogène situationnelle :

- **problèmes liés à la partenaire** : pour vérifier si le problème est lié au/à la partenaire, il faut demander au patient si le problème ne se présente qu'avec lui/elle, ou bien s'il se présente en dehors de ses rapports conjugaux, s'il a lieu à tout moment, tous les jours, etc ;
- **problèmes liés à la performance** : il faut vérifier la tendance à avoir des problèmes d'éjaculation précoce (si 75 à 100 % des rapports sexuels en sont atteints ou non sur 6 mois).
- **problèmes dus à l'angoisse** : il faut explorer si les angoisses apparaissent lorsque le patient est dans un environnement et une situation précise. Il est fréquent que les problèmes de dysfonction érectile disparaissent chez les patients lorsqu'ils partent en vacances, il s'agit donc là d'une angoisse liée à l'environnement, la nourriture, etc.

V) L'ENTRETIEN

L'exploration des troubles du patient se fait lors d'un entretien assez rapide d'1h-1h30 grand maximum.

1) Le diagnostic

Il faut tout d'abord s'assurer d'éliminer :

- **l'éjaculation précoce** : il faut vérifier qu'il ne s'agit pas d'un éjaculateur précoce caché. Si il éjacule trop rapidement, il va être angoissé et aura tellement d'adrénaline qu'il n'arrivera plus du tout à avoir d'érection ;
- **le trouble du désir sexuel** : s'il n'y a pas de désir, il ne peut donc pas y avoir d'excitation suffisamment puissante pour provoquer une érection ;
- **l'amélioration de la performance** : certains patients viennent au cabinet et demandent à avoir une meilleure érection, prétendant avoir des dysfonctionnements érectiles, mais au final, on s'aperçoit qu'il n'y a pas réellement de dysfonction érectile. Il s'agit simplement d'une volonté d'améliorer ses performances (par exemple il se plaint de ne pas pouvoir avoir plus de 5-10 rapports en 10 heures) ;

- **l'anorgasmie et la conjugopathie** : ce sont deux éléments de diagnostic différentiel, et si l'on ne traite que la dysfonction érectile, on ne peut pas traiter le problème.

Il faut ensuite évaluer :

- **la motivation au changement** : certains patients sont amenés par leur partenaire mais n'ont absolument pas envie de voir leur dysfonction érectile résolue. Le praticien n'est pas là pour forcer son patient à avoir une bonne érection, donc il est essentiel de chercher à savoir quelle est sa motivation au changement et s'il en a vraiment envie ou non. L'idée ici sera d'apporter une prise en charge psychothérapeutique-sexothérapeutique. Si le patient et/ou son/sa partenaire ne sont pas motivés, c'est peine perdue pour le praticien, qui n'obtiendra aucun résultat ;
- **les croyances profanes** : il est important de demander au patient ce qu'il pense de l'origine de sa dysfonction érectile. Très souvent, on obtient des réponses très intéressantes cachées derrière les croyances profanes du patient concernant sa maladie : « mes vaisseaux ne marchent plus », « je n'ai plus de testicules », « je n'ai plus d'hormones », « je ne suis plus un homme », etc ;
- **le contexte** : il faut évaluer tous les facteurs (professionnels, familiaux, sociaux, etc.) et se demander s'il y a pas de modifications récentes (modifications de traitement, etc.). Il est important d'être à l'affût des petits signes pouvant changer l'orientation de l'interrogatoire (baisse de la pilosité, par exemple) ;
- **les bénéfices attendus** par le patient : quels sont-ils ? Il faut demander au patient ce qu'il attend de cette consultation. Certains ne viennent que pour être rassurés, d'autres s'attendent à des remèdes miracles et à des super-réactions. Le praticien doit donc nécessairement définir un contrat avec le patient à ce moment-là, en se demandant : « quelles sont mes compétences et que puis-je lui répondre sur ses objectifs ? »

2) Les erreurs

Les erreurs à ne surtout pas commettre sont :

- **la banalisation du problème** : des phrases telles que « ce n'est pas bien grave, un peu de Viagra et c'est réglé » ou « ne vous inquiétez pas, ça reviendra avec votre maîtresse, donc ne vous embêtez pas » sont à bannir. Il ne faut jamais banaliser le problème, c'est important dans la conception du patient. Si le patient vient voir le praticien, c'est qu'il a une bonne raison et qu'il est inquiet, il faut donc prendre le temps de l'écouter et de lui répondre ;
- **les mots de bon sens** ;
- **les projections personnelles** : il faut faire attention à ce nous, praticiens, nous envisageons quant au problème du patient et à ce que nous lui renvoyons. Le praticien n'est pas là pour juger son patient, mais pour l'accueillir, l'aider et l'accompagner ;
- **prescrire en évitant le dialogue** : le praticien n'est pas là pour faire une ordonnance en 3 minutes et faire des consultations de 15 minutes. Il doit prendre le temps de prescrire en discutant avec le patient, et pourquoi pas avec le couple.

La plupart des patients viennent seuls plutôt qu'en couple, ce qui s'avère plutôt compliqué. Il est toujours nécessaire, au final, de faire venir le/la partenaire. Au contraire, il arrive que le/la partenaire soit présent(e) et qu'il/elle se sente mal du fait que c'est le cachet qui fait bander son mari, et plus lui/elle (dans ce cas, il convient de donner l'explication physiologique du mécanisme du médicament, afin de mieux gérer la situation).

Prescrire un médicament est donc important, mais il faut avant tout penser à la vie du patient et de son/sa partenaire.

3) Orientation diagnostique

Les orientations diagnostiques dépendent de l'origine organique ou psychogène prédominants :

	Organique prédominante	Psychogène prédominante
Début (1)	Un début progressif...	...une apparition brutale.
Erections nocturnes (2)	La disparition des érections nocturnes...	...la conservation des érections nocturnes.
Libido (3)	La conservation de la libido...	...la diminution de la libido.
Ejaculation	Une éjaculation à verge molle...	...une absence d'éjaculation.
Couple	Un partenaire et un couple stable...	...des conflits conjugaux.
Facteur déclenchant	Une absence de facteurs déclenchants...	...des facteurs déclenchants.
Étiologie	Une étiologie organique parfois évidente...	...une étiologie psychogène parfois évidente (dépression).
Examen clinique	Un examen clinique anormal...	...un examen clinique normal.
Personnalité (4)	Une personnalité stable sans troubles de l'humeur...	...de l'anxiété, des troubles de l'humeur.

(1) Il arrive que certains patients ne se souviennent plus du moment où leur dysfonction érectile est apparue. Dans ce cas, le praticien doit tâter le terrain et évoquer d'autres éléments contextuels (le lieu, etc.). Il convient de retrouver le facteur déclencheur, l'élément refoulé qui a provoqué ce dysfonctionnement.

(2) S'il y a érection nocturne, alors le praticien doit insister sur ce point pour faire comprendre au patient qu'il peut avoir une érection sans problème. L'objectif ici est d'entrer dans un processus permettant de diminuer l'anxiété du patient et d'enclencher une spirale positive.

(3) La perte de libido va de pair avec le stress et les angoisses, de cause à conséquence. Il est important ici d'identifier ce qui est apparu en premier. Attention cependant, le praticien ne doit pas traiter tous les patients de la même façon : un patient souffrant de dysfonction érectile à cause du stress et de problèmes cardiaques aura des perturbations cognitives. Il ne devra pas avoir le même traitement qu'un patient n'ayant déjà plus de désir à cause d'une baisse de testostérone et à cause de sa femme (avec qui il n'a plus d'envie).

(4) En psychologie psychiatrique, on retrouve assez souvent des dépressions et des troubles de l'humeur. Or, il existe également l'état contraire : l'hypomanie. Alors que la dépression représente une baisse de l'humeur, l'hypomanie est une élévation de l'humeur. Elle peut se déclencher de façon chronique ou maniaque. Les patients atteints sont toujours dans l'excitation, ils se sentent toujours bien et ont une sexualité très importante. Cependant, lorsqu'une dysfonction érectile apparaît, ils diminuent leur nombre de rapports sexuels à une normale, qu'ils vivent difficilement car très différente de leur état habituel.

4) Les typologies psychologiques

On définit plusieurs typologies psychologiques :

1. **Le type 1** : il concerne les patients ayant une anxiété prédominante, avec des angoisses de performance et de nombreuses anticipations qui, au final, vont bloquer tout le système du patient. Un simple stimulus va déclencher une succession de pensées tellement importante (telles que « pour être bon et pour valoir quelque chose, il faut que j'y arrive », « maintenant, c'est compliqué d'y arriver, que vais-je faire ? ») que le patient rencontrera des blocages au niveau de sa sexualité, mais aussi de façon plus globale.
2. **Le type 2** : il s'agit ici des dépressions endogènes, de deuxième degré, des dépressions secondaires, des épisodes dépressifs majeurs. La dépression est une baisse de l'humeur, qui induit tout un ensemble de variations neuroendocriniennes et de répercussions biologiques. Il est donc important de préciser au patient que la dépression n'a pas uniquement une origine psychologique, mais également une composante biologique neuroendocrinienne. La clé pour le praticien est de toujours essayer de dédramatiser la dysfonction érectile du patient afin de mieux pouvoir lui apporter des éléments positifs ensuite.
3. **Le type 3** : il concerne les conflits conjugaux et les mésententes avec le partenaire.
4. **Le type 4** : il s'agit là de l'ignorance de la sexualité ou de contraintes religieuses.
5. **Le type 5** : il concerne l'obsessionnel, le psychotique déviant et pervers. Les patients qui en sont atteints font partie des plus compliqués à prendre en charge. En effet, dans le cas d'un obsessionnel qui a besoin que tout soit bien propre, plié par quatre, ou encore de prendre trois douches avant la relation sexuelle, la prise en charge est très complexe. Les patients pervers psychotiques, par exemple, ressentent le besoin d'avoir un objet sexuel autre qu'un objet classique. Il s'agit-là d'une psychopathologie importante.

Il existe d'ailleurs plusieurs versions de la psychose : une version plus analytique, psychanalytique et une version plus moderne, plus psychiatrique.

Chez les patients schizophrènes aux structures quelque peu psychotiques, on retrouve toujours deux éléments :

- des dysmorphophobies (une altération de la perception du corps, notamment sur la taille de la verge) parfois très importantes et obsessionnelles ;

- une porosité au monde et à l'autre, ce qui fait que, lors des rapports sexuels, le patient se perd, se fusionne, et il est très difficile de venir y mettre une barrière.

Il existe bien souvent une problématique de l'ordre et du traitement psychotique d'un patient à l'autre. Les schizophrènes, eux, sont mis sous neuroleptiques, ce qui induit des troubles permanents de la fonction analytique et des troubles de la sexualité. Avant tout, le praticien doit toujours expliquer à son patient les effets du traitement, et il doit faire doser sa testostérone et sa prolactine.

Il existe également une problématique dans les actions rétrogrades. Comme ces patients sont en quelque sorte « en dehors » de la réalité, il convient de dédramatiser les choses, de leur schématiser pour mieux leur expliquer de façon compréhensible.

Il est également possible que des troubles de la personnalité existent chez le patient et son/sa partenaire : par exemple, une femme hystérique qui met la pression sur son mari (qui est atteint d'anxiété) en lui disant qu'il n'est qu'un bon à rien parce qu'il n'arrive pas à bander. De ce fait, les troubles érectiles de l'homme n'en seront que renforcés.

=> Quelle que soit la typologie psychiatrique du patient, il convient de toujours rechercher un trouble de la personnalité et d'éliminer les comorbidités psychiatriques. Il faut identifier comment le patient gère sa relation au monde.

=> Bien souvent, les patients souffrant de dysfonctions psychogènes (telles que le diabète) sont envoyés par leur endocrinologue, qui ne parvenait pas à trouver de solution pour eux. Il est donc primordial lors du premier entretien de comprendre le sens de la demande du patient : vient-il pour une dysfonction érectile ? Pour un problème de couple ? Pour être rassuré ? Pour obtenir des éléments éducatifs ? Etc.

=> Il est également fréquent que les patients venant pour une dysfonction érectile aient une thérapie tout autre : par exemple, un patient venant voir le praticien pour une dysfonction érectile mais ayant en réalité un trouble de la personnalité.

VI) LA PRISE EN CHARGE

La prise en charge doit être transversale afin de pouvoir associer :

- **une résolution du trouble organique** (si besoin) ;
- **une dimension pédagogique**, qui est extrêmement importante ;
- **une aide « technique »** (si besoin), qui permet de rassurer le patient pour mieux travailler ensuite sur ce qui se cache derrière sa dysfonction érectile :
 - on peut utiliser un IPDE5 (sildenafil, tadalafil ou vardenafil) au premier à-coup pour introduire des éléments positifs, notamment sur l'anxiété de performance et de comparaison, lui permettant au patient de ré-obtenir une érection normale ;
 - il est également possible d'utiliser les IIC (injections intraveineuses), le vacuum ou les prothèses ;
- **une prise en charge sexothérapeutique ou psychologique** ;
- **une prise en charge de couple.**

Il est donc primordial de bien penser :

- **au fonctionnement psychologique du patient ;**
- **à sa motivation au changement ;**
- **à son niveau socio-culturel** : on ne parle pas de la même façon à un patient n'ayant jamais eu d'éducation sur la sexualité ou venant d'un milieu un peu carencé, qu'à un patient très documenté (ex. : tout le monde ne comprend pas ce qu'est un « phallus » ou une « verge », on dira donc plutôt « pénis » ou « dans le pantalon »).

Prescrire un médicament est donc important, mais il faut avant tout penser à la vie du patient et de son/sa partenaire.

- **à sa relation conjugale.**

Il y a donc 5 grands axes à travailler.

1) Travail sur l'anxiété

L'anxiété est l'un des éléments les plus présents lors d'une dysfonction érectile.

Elle peut être :

- **structurelle** : les hommes sont de nature anxieuse en permanence ;
- **situationnelle** : le stress se transforme en angoisse, le corps et l'esprit ne parviennent donc plus à s'adapter face à un facteur de stress particulier. Il convient ici de travailler sur les mécanismes à mettre en place pour détendre le patient, le déstresser.

Il est également important de prendre en compte :

- **les cognitions du sujet** : lors de l'entretien avec le patient, le praticien doit dérouler la chaîne en faisant un interrogatoire.

Exemple :

« - Que pensez-vous lorsque vous ne parvenez pas à avoir une érection ?

- Je pense que je ne suis pas terrible

. - Mais que signifie "pas terrible" pour vous ?

- Que je ne suis plus un homme.

- Mais que signifie "ne plus être un homme" ?

- Que je suis bon à rien.

- Et que veut dire "bon à rien" ? »

Etc...

On obtient des réponses très surprenantes et cela permet au praticien de faire une restructuration cognitive, c'est-à-dire qu'il aide le patient à voir les choses autrement, il lui offre de nouvelles pensées pour se restructurer sur le plan cognitif ;

- **les angoisses d'anticipation** : lorsque le patient est anxieux parce qu'il doit avoir une relation sexuelle avec sa partenaire très bientôt, le praticien doit l'aider à diminuer son angoisse en lui posant des questions telles que : « À quoi cela vous sert-il d'angoisser à l'avance ? », « Que pensez-vous qu'il va se passer ? », « Pensez-vous qu'angoisser vous permet de résoudre le problème ? » Etc.

De ce fait, il est donc possible de proposer au patient des solutions alternatives :

- **des exercices de relaxation** : des exercices de respiration au niveau abdominal ou de visualisation peuvent aider le patient à se sortir de ces boucles cognitives et de ces angoisses ;
- **des anxiolytiques** : il est possible d'en proposer, mais il est essentiel d'en discuter, notamment lorsqu'il s'agit d'anxiolytiques puissants.

2) La pédagogie

L'étape clé de la première consultation est la pédagogie. On demande alors au patient :

- **Sa vision d'une sexualité normale** : en effet, certains hommes de 50-60 ans pensent qu'une sexualité normale correspond à 3-4 érections par jour pour se sentir bien. Dans un tel cas, il convient de rechercher ce qui se cache derrière : bien souvent, le patient pense que tous ses collègues font ça, et donc qu'il ne vaut rien parce qu'il n'en est pas capable.

De plus, lorsqu'on découvre la pédagogie du patient sur la sexualité, on découvre parfois des choses surprenantes, telles que des techniques de masturbation inadaptées et pouvant justement induire des problèmes d'érection.

On remarque également chez les jeunes l'addiction aux films pornographiques. Ces derniers en visionnent en permanence et se masturbent régulièrement devant, ce qui peut provoquer une sorte de désensibilisation. Ils imaginent pouvoir reproduire la même chose (tenir en érection pendant une heure ou éjaculer huit fois d'affilée, par exemple). Cela renforce les angoisses d'anticipation, puisque ce qui se passe dans les films n'est que fiction et ne peut donc pas être reproduit en réalité. Il faut donc bien étudier les préconceptions du patient.

- **Sa différenciation de la virilité et de la masculinité** : sait-il faire la différence entre ces deux notions ?

3) La sexothérapie

Dans le cadre de la sexothérapie, il est important de prendre en compte :

- **la place du fantasmatique** : il faut faire comprendre au patient (et au/à la partenaire) qu'il a le droit de se servir de sa tête, et donc du fantasme, pour retrouver une érection plus ferme ;
- **l'« utilisation » du corps** : il faut lui demander comment il utilise son corps, ce qu'il va valoriser.

4) La psychologie

Les facteurs psychologiques à prendre en charge sont :

- **les décompensations structurelles** : il existe un tempérament obsessionnel ou une façon d'être rigide ou anxieuse, qui peut, selon l'événement, décompenser (c'est-à-dire que l'obsessionnel ne va plus sortir de chez lui, par exemple). Or, s'il y a un traitement à la base, ce facteur peut être pris en charge ;
- **la gestion de sa pathologie en fonction de sa personnalité** ;
- **les éléments dépressifs** (qui sont très importants).

5) La systémique

L'approche systémique consiste à ne plus regarder le symptôme en tant que tel et l'individu seul, mais au tout en tant que système.

- **le fonctionnement du couple** : le couple est un système (la famille également), il est donc important de se demander ce que vient signifier la dysfonction érectile dans ce système, ce qui se joue dans le couple, etc. La résolution systémique passe par la résolution du problème et par la résolution des lois du système, on recolmate les choses afin que les lois qui sont présentes actuellement changent ;
- **les conséquences de la pathologie** ;
- **les facteurs anxiogènes du couple**.

6) Le/la partenaire

Que fait-on du/de la partenaire dans tout cela ?

Ce(tte) dernier(e) présente divers comportements face à la dysfonction érectile de son conjoint.

Bien souvent, le/la partenaire est attentiste :

- **Il/elle accepte le symptôme en le banalisant** : il/elle dit à son conjoint que ce n'est pas grave, que cela vient de son âge, que c'est normal, etc. Or, ce genre de paroles provoque un renforcement négatif et de l'évitement, car s'il s'agit d'un phénomène normal, alors le conjoint qui est en atteint ne cherchera pas à le résoudre.

Chez certains couples, la banalisation et l'évitement sont des phénomènes anciennement installés et sont d'autant plus difficiles à corriger. Par exemple, certains des couples mariés ont passé 8 ans sans sexualité (quasiment depuis leurs débuts parfois) à cause d'une éjaculation précoce. Bien souvent, ces couples-là finissent par venir consulter car ils souhaitent avoir un enfant. Cette absence totale de sexualité est tellement bien installée qu'il est complexe de réintroduire tout cela dans la psychologie du couple.

- **Il/elle se culpabilise** : les positions dépressives peuvent également exister chez le/la partenaire, qui pense que tout est de sa faute, qu'il/elle n'est plus assez bien, qu'il/elle

stresse trop son conjoint, etc.

- **Il/elle accuse** : le/la partenaire pense que son conjoint ne l'aime plus, qu'il a une maîtresse, etc. C'est un phénomène très typique.
- **Il/elle se met à réagir brutalement** : c'est une attitude que l'on observe et que l'on peut définir dès les premières consultations. Par exemple, la femme du patient explose de colère et nous fait toute une pièce de théâtre, accusant son mari d'être sans cesse occupé et de ne rien comprendre. Bien souvent, dans la dualité femme-homme, la femme n'a pas la conception selon laquelle il est possible qu'un homme se sente aussi mal face à un problème d'érection. Et le patient touché par la dysfonction érectile, lui, s' imagine rarement que son problème peut avoir autant d'impact sur son/sa partenaire.

On entend souvent dire que des femmes tentent de se suicider parce qu'elles ne parviennent pas à avoir d'enfant, mais un homme peut également être amené à se suicider ou à avoir des dépressions sévères parce qu'il n'a plus d'érection. L'impact sur chacun des deux partenaires (homme et femme) est très différent.

Le but de la première consultation est donc de pouvoir répondre à toutes les demandes du patient et de son/sa partenaire.