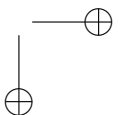
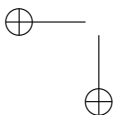
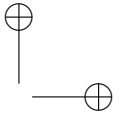
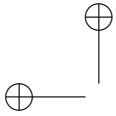


L'Aide-mémoire de Psycho- sexologie



Joëlle Mignot

Patrick Blachère • Audrey Gorin

Cyril Tarquino

L'Aide-mémoire de Psycho- sexologie

DUNOD

Le pictogramme qui figure ci-contre mérite une explication. Son objet est d'alerter le lecteur sur la menace que représente pour l'avenir de l'écrit, particulièrement dans le domaine de l'édition technique et universitaire, le développement massif du photocopillage. Le Code de la propriété intellectuelle du 1^{er} juillet 1992 interdit en effet expressément la photocopie à usage collectif sans autorisation des ayants droit. Or, cette pratique s'est généralisée dans les établissements	d'enseignement supérieur, provoquant une baisse brutale des achats de livres et de revues, au point que la possibilité même pour les auteurs de créer des œuvres nouvelles et de les faire éditer correctement est aujourd'hui menacée. Nous rappelons donc que toute reproduction, partielle ou totale, de la présente publication est interdite sans autorisation de l'auteur, de son éditeur ou du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC, 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris).
--	--

© Dunod, Paris, 2013
ISBN 978-2-10-059729-1

Le Code de la propriété intellectuelle n'autorisant, aux termes de l'article L. 122-5, 2° et 3° a), d'une part, que les « copies ou reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective » et, d'autre part, que les analyses et les courtes citations dans un but d'exemple et d'illustration, « toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite » (art. L. 122-4).

Cette représentation ou reproduction, par quelque procédé que ce soit, constituerait donc une contrefaçon sanctionnée par les articles L. 335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.

Table des matières

Introduction

1

LIVRE 1

ÉTAT DES LIEUX...

PREMIÈRE PARTIE

LA SEXOLOGIE... UNE CONFLUENCE DE PENSÉES

1	Au cœur d'une « discipline » déjà mature	6
	Quelques jalons historiques	6
	Des auteurs essentiels pour la « sexologie des profondeurs »...	7
	Une confluence... des affluents...	11
2	La sexologie et la sexualité en évolution	14
	Les grandes enquêtes américaines	14
	Et dans l'Hexagone...	16
	Les trois grands virages de la sexologie	19
3	La sexologie française : une famille recomposée	21
	La sexologie, une discipline ?	21
	Être sexologue, l'art de croiser les approches ?	22
	Et les psychologues dans tout cela ?	23
	La sexologie... source d'évolution pour le psy ?	25

L'Aide-mémoire de psychosexologie

4	Santé sexuelle, soin sexuel : un cadre pour le psychologue sexologue	28
	Les travaux de l'Organisation mondiale de la santé (OMS)	28
	Peut-on parler de « soin sexuel » ?	30
	Les trois fils de la sexologie : l'information, le conseil/éducation thérapeutique et la thérapie	33
5	L' <i>Evidence-Based Medicine</i> a-t-elle sa place en sexologie ? (Audrey Gorin)	37
	Qu'est-ce que l' <i>Evidence-Based Medicine</i> ?	38
	EBM et sexologie : des concepts compatibles ?	39

DEUXIÈME PARTIE

CONNAÎTRE LE PSYCHOLOGUE SEXOLOGUE CLINICIEN

6	Psychologue-sexologue, une identité ?	44
	Le psychologue et son autonomie revendiquée	44
	Se spécialiser en sexologie ?	49
	Le champ d'action du psychologue en sexologie : la psychodynamique sexuelle	50
7	Le psychologue face aux autres professionnels de santé sexuelle	53
	Le psychologue et le médecin généraliste	54
	Le psychologue et les médecins spécialistes	55
	Le psychologue sexologue et les autres professionnels de santé	57
	Le psychologue et les professions de conseil et éducation en sexologie	59
	<i>Pour clore cet état des lieux...</i>	64

LIVRE 2

OUTILS ET CONSTRUCTION EN PSYCHOSEXOLOGIE CLINIQUE

TROISIÈME PARTIE

DÉCOUVRIR LES OUTILS DU PSYCHOLOGUE CLINICIEN UTILES AU SEXOLOGUE

8	Les instruments de travail	70
	Travailler « à mains nues »...	70

Travailler sur le sens... en sexologie : dans quel sens ?	73
Se situer entre le normal et le pathologique, une question sensible en sexologie	76
9 Le symptôme sexuel : un kaléidoscope	83
Des originalités intrinsèques	83
Le symptôme et sa nature	84
Le plan intrapsychique du symptôme sexuel	85
10 Les sept piliers capitaux : la psychanalyse en délicatesse	87
L'inconscient comme sous-sol	88
La grande révolution : l'enfant a une sexualité...	90
La pulsion !	94
Mystère de la libido...	95
Du fantasme à la fantaisie...	95
Un couple à l'entente difficile : « principe de plaisir – principe de réalité »	97
Le narcissisme à décoder...	98
11 La psychopathologie, grande sœur de la sexopathologie ?	101
Les organisations névrotiques, pain quotidien des « sexologues »	104
Pister les organisations névrotiques...	105
Le délicat volet de la psychose en sexologie	110
12 Borderline : quelles limites pour la sexualité ?	116
Dans le miroir blessé...	116
Le borderline, un funambule ?	117
Au bord du miroir...	119
Des alertes pour le sexologue	120
13 Les armes cachées de l'inconscient	124
Les mécanismes de défense	124
Se défendre ou se dégager ? L'art de s'assouplir...	129
Les indispensables du sexologue	131
14 Une relation thérapeutique pas banale	139
L'alliance thérapeutique	141
Quelle empathie en sexologie ?	142
Le transfert	143
Le contre-transfert en sexologie	147

L'Aide-mémoire de psychosexologie	
15	La supervision : un outil identitaire du psychologue sexologue 150
	Une histoire de couple... 151
	Les idées forces 151
	Qu'est-ce donc qu'un groupe Balint ? 153
	Pourquoi est-ce une nécessité en sexologie ? 154
16	Le grand chantier du corps en sexologie 158
	Les articulations entre « corps psychique » et corps somatique dans la sexualité 159
	Les expressions psychiques du corps 160
	Le corps et son image 165
17	Les classifications nosographiques ont-elles un intérêt en sexologie ? 170
	(Audrey Gorin) 170
	Définition et présentation des classifications nosographiques 170
	Intérêts et limites du DSM en sexologie 172

QUATRIÈME PARTIE

ÉTAYER LA PRISE EN CHARGE EN PSYCHOSEXOLOGIE

18	Les premiers entretiens du psychologue sexologue 176
	Qu'est-ce qu'un entretien « clinique » en sexologie pour le psychologue ? 176
	Les deux temps de l'entretien clinique en sexologie et les incontournables de l'évaluation 181
	Évaluer pour diagnostiquer ? 185
19	Observer, écouter... interpréter ? 187
	L'observation clinique psychodynamique en sexologie 188
	Interpréter quoi en sexologie ? 191
20	Recevoir la plainte sexuelle 193
	Distinguer demande, plainte et attentes du patient 193
	Mener l'anamnèse psychosexuelle 197
	Un cas clinique et son analyse sexodynamique... 200
21	Trois étapes cruciales à explorer : le bébé, l'adolescent et le premier rapport sexuel 202
	La part du bébé 203
	Les traces de l'adolescence 209
	La première relation sexuelle 211

22	Orienter ou prendre en charge ?	213
	Un cas de pratique quotidienne en sexologie	213
	Comment aborder l'éducation thérapeutique en sexologie ?	215
23	Guide du psychologue sexologue pour les premiers entretiens	219
	Accueil	219
	Les prémisses de la demande	219
	Premier « temps-charnière » en psychosexologie : l'anamnèse associative en vue du diagnostic	220
	Deuxième « temps-charnière »	222
	Troisième « temps-charnière »	222

CINQUIÈME PARTIE

VISITER LES APPROCHES CLINIQUES EN PSYCHOSEXOLOGIE

24	Les 3 P : performance, perfection, perte	224
	Une si belle performance !	226
	Perfection ? !	227
	Perdre son érection...	228
25	L'impossible pénétration : dépasser le vaginisme	231
	Les études	233
	Pour éclairer la lecture psychogène du vaginisme primaire	234
	Sept questions clé pour le psychologue sexologue	236
26	J'ai mal à mon désir... ou l'étoile perdue	239
	Pour y voir plus clair : distinguer besoin, envie et désir...	240
	Qu'est-ce que le désir sexuel ?	240
	Une anorexie du désir ?	241
	La place du manque	243
	Quand la sexualité n'est qu'un « hameçon »...	244
	Une fonction protectrice du refus et notamment à travers les mécanismes de défense	245
27	Quand le désir ne revient pas... Troubles du désir du post-partum	247
	Transparence psychique et opacité du désir	250
28	« Sommes-nous compatibles ? » : les attentes dans le couple et leurs aménagements	253
	Phénoménologie de l'attente	254

Mécanique des attentes dans le couple	257
Similarité et différence des attentes : Impact sur la rencontre	259
Traiter des attentes en thérapie de couple	260
29 Adaptations, coping et couple	262
Question d'adaptation...	262
Définir le coping !	263
La gestion dyadique du stress	264
Couple et coping du couple	267
30 Répercussions de l'agression sexuelle sur la sexualité de la victime (Patrick Blachère)	270
Les troubles post-traumatiques	270
Préjudice sexuel secondaire au préjudice physique	271
Préjudice sexuel secondaire au préjudice psychique	275
Évaluation du préjudice	276

LIVRE 3

ACCOMPAGNER... TRAITER !

SIXIÈME PARTIE

LA PRISE EN CHARGE

31 Prise en charge des victimes d'infractions à caractère sexuel	280
La prise en charge immédiate : <i>Primum non nocere</i>	280
La prise en charge des séquelles psychiques	282
La prise en charge spécifique des dysfonctions sexuelles	282
32 Prise en charge des auteurs d'infractions à caractère sexuel (Patrick Blachère)	285
Originalité de la prise en charge	286
Qui sont les agresseurs ?	287
Modalités communes à la prise en charge de l'ensemble des infracteurs	288
Agir sur les facteurs de risques	289

SEPTIÈME PARTIE

PASSER PAR LES ÉTATS DE CONSCIENCE

33	Oser l'hypno-sexothérapie	298
	Hypnose et sexologie : un mariage bien consommé !	298
	Spécificité et originalité de l'état hypnotique en sexologie	300
	La dissociation, base de l'hypnose	302
	Aller d'un lieu à un autre : franchir les ponts	305
34	Corps et imaginaire en hypnosexologie	308
	Ouvrir le champ de conscience sexuel corporel	308
	Trois plans du corps : sensation, mouvement, représentation	309
	Agir directement sur le symptôme ?	311
35	L'hypnose pour la sexualité féminine	315
	Une thérapie active pour les femmes	315
	L'hypnose pour le vaginisme	318
	L'hypnose pour l'anorgasmie et les troubles du plaisir	320
36	L'hypnose pour la sexualité masculine : l'exemple de l'éjaculation rapide	321
	Des bases incontournables	322
	Se repérer... une nécessité	323
	Les sept voies qui se conjuguent	325

HUITIÈME PARTIE

AUTRES APPROCHES EN SEXOTHÉRAPIE

37	Les thérapies cognitivo-comportementales en sexologie (Audrey Gorin)	336
	Présentation des TCC	336
	La place des TCC en sexologie	337
	Les TCC : un succès assuré ?	340
38	Touché corporel, sexualité et psychologie positive (Cyril Tarquinio)	344
	La psychologie positive	344
	Liens entre sexualité et touché corporel	345

L'Aide-mémoire de psychosexologie

Table des matières

Psychologie positive et massothérapie	346
Psychologie positive et sexualité	348
39 Utilité de la thérapie EMDR	
(Cyril Tarquinio)	353
Présentation générale de la thérapie EMDR	353
La prise en charge des violences sexuelles	354
La prise en charge d'un trouble d'éjaculation précoce avec la thérapie EMDR : étude de cas	357
40 La bibliothérapie en sexologie	361
Qu'est-ce que la bibliothérapie ?	361
En sexologie, quel usage jusqu'à maintenant ?	362
Dans la perspective du livre ou du texte médiateur, comment l'intégrer en sexologie ?	364
<i>Conclusion</i>	367
<i>Carnet pratique</i>	368
Associations de sexologie en France	368
Autres organisations francophones	369
Organisations internationales	370
Adresses utiles	370
Revue	371
Formation de base DIU de sexologie, DIU d'études de la Sexualité Humaine	371
Formation continue	372

Introduction

*« Du sablier entier, nous n'aurions plus qu'un grain.
À réparer sans « comprendre », comment réparer le sens ?
Que la sexologie ne soit pas seulement dans le siècle,
mais les siècles dans la sexologie ! »*

André DURANDEAU

L'ÉTONNEMENT, et souvent la grande perplexité des étudiants dans nos universités lorsqu'ils découvrent le large et magnifique champ de la sexologie, est pour une part à l'origine de ce livre... Il s'adresse d'ailleurs en tout premier à eux.

En second lieu, cet ouvrage est le fruit de plus de 30 ans d'expérience clinique d'une psychologue sexologue mais aussi de trois autres praticiens psychologues ou psychiatres qui vont ponctuer par leur expertise scientifique, des éclairages plus précis dans leur domaine de compétences.

Si la sexologie clinique ne peut être qu'une « transdiscipline », s'inscrivant dans une chaîne de perspective à la fois biologique, psychologique et sociale, les maillons qui la constituent sont indissociables et couvrent des champs distincts mais complémentaires et en interaction permanente chez l'homme, la femme ou le couple : la dimension physiologique, celle de la psychologie des profondeurs individuelles mais aussi des fonctionnements cognitifs et leurs corollaires comportementaux, la dynamique de la relation et la place du corps et enfin les interactions sociales et environnementales sur la sexualité humaine.

Car là sont l'originalité, et la grande richesse de la sexologie pour le psychologue : elle nous oblige sans cesse à nous remettre en question, à sortir des chapelles, à porter un regard qui se doit d'être évolutif sur nos certitudes théoriques et pratiques. Ces certitudes sont souvent autant de freins au processus thérapeutique qui est, la plupart du temps, en matière de sexualité, complexe.

Cette complexité, chère à Edgar Morin, qui renvoie à celle de l'humain dans son unité, nous oblige face au trouble sexuel, le plus souvent exprimé par le patient en première intention, à tisser de nombreux fils, qui ensemble, prendront forme dans la relation privilégiée.

En revanche, les outils spécifiques du psychologue clinicien seront autant d'appuis pour les sexologues non « psy » qui souvent restent démunis devant l'abîme de la psyché humaine.

L'objet donc de ce livre sera d'apporter aux professionnels de la santé qui se forment à la sexologie dans nos universités (ou désirent s'y former), aux professionnels sexologues quel que soit leur exercice initial, les bases de l'approche psychodynamique face à une demande de consultation pour dysfonctions sexuelles.

Trois parties serviront d'architecture à ce livre : un état des lieux pour resituer le psychologue dans le monde de la sexologie, l'ouverture sur une méthode dans son sens le plus pur, la voie, le chemin (dont les bornes sont les outils, la démarche clinique et les thérapeutiques) et enfin des études de cas cliniques sexologiques concrets ponctueront le texte dans la tradition de la psychologie clinique.

Trois auteurs, Audrey Gorin, Cyril Tarquinio et Patrick Blachère choisis pour leur expertise et leurs compétences en sexologie, m'ont amicalement accompagnée dans cette aventure.

Merci à eux pour leur générosité.

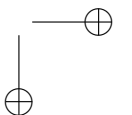
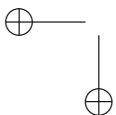
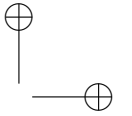
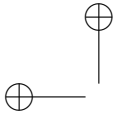
La demande clinique en sexologie nous confronte à l'intime de l'autre et bien au-delà du symptôme, elle se situe dans un contexte social et sociétal où le sexe, la performance, la norme sont omniprésents. La prudence et le discernement sont donc plus que jamais de mise dans notre profession.

Puisse cet humble travail permettre au praticien en sexologie d'ouvrir son espace de liberté et de permettre à son patient de trouver le sien...

Joëlle MIGNOT

LIVRE 1

État des lieux...



Première partie

LA SEXOLOGIE... UNE CONFLUENCE DE PENSÉES

1	Au cœur d'une « discipline » déjà mature	6
2	La sexologie et la sexualité en évolution	14
3	La sexologie française : une famille recomposée	21
4	Santé sexuelle, soin sexuel : un cadre pour le psychologue sexologue	28
5	<i>L'Evidence-Based Medicine</i> a-t-elle sa place en sexologie ? (Audrey Gorin).....	37

1

AU CŒUR D'UNE « DISCIPLINE » DÉJÀ MATURE

Quelques jalons historiques

L'essence de la sexologie s'inscrit dans son histoire : si depuis la plus haute Antiquité, la sexualité a préoccupé l'humain (les premiers papyrus faisant référence à l'impuissance masculine datent de 2000 avant J.-C.), si les philosophes comme Platon, Aristote ou Hippocrate ont chacun produit des hypothèses plus ou moins étonnantes ou imprécises (le *pneuma* d'Aristote en est un bon exemple, le pénis de l'homme se gonflant sous l'effet du vent !), chaque époque a généré ses propres discours sur la sexualité. L'évolution de la pensée autour de la sexualité est jalonnée par la pensée religieuse (Saint Augustin), par l'évolution des découvertes anatomiques (Léonard de Vinci en 1565 puis Ambroise Paré), mais aussi par l'intérêt porté à la compréhension de l'amour de relation (l'amour courtois, la *fol'amor* ou *fin'amor* des troubadours de l'époque médiévale ou encore *L'Art d'aimer* d'Ovide en sont les pierres angulaires).

« De la verge. Celle-ci a des rapports avec l'intelligence humaine et parfois elle possède une intelligence en propre ; en dépit de la volonté qui désire la stimuler, elle s'obstine et agit à sa guise, se mouvant parfois sans l'autorisation de l'homme ou même à son insu ; soit qu'il dorme, soit à l'état de veille, elle ne suit que son impulsion ; souvent l'homme dort et elle veille ; et il arrive que l'homme est éveillé et elle dort ; maintes fois l'homme veut se servir »

d'elle qui s'y refuse ; maintes fois elle le voudrait et l'homme le lui interdit. Il semble donc que cet être a souvent une vie et une intelligence distincte de celle l'homme, et que ce dernier a tort d'avoir honte de lui donner un nom ou de l'exhiber, en cherchant constamment à couvrir ou à dissimuler ce qu'il devrait orner et exposer avec pompe, comme un officiant. » Léonard DE VINCI, *Les Carnets*.

Le XVIII^e siècle, époque de libération des mœurs, puis le XIX^e, avec un retour du puritanisme, vont poser les jalons du siècle qui suivra en matière de morale sexuelle, de rapports homme/femme et d'évolution des mœurs.

À l'aube du XX^e siècle, Richard von Krafft-Ebing peut être considéré comme le premier « psy » sexologue, car il étudie la sexualité à la fois sous l'angle psychiatrique et médico-légal. Son manuel destiné aux médecins légistes et aux magistrats, dans lequel certains passages sont écrits en latin pour en éviter la lecture au commun des mortels, décrit en particulier les déviations de la sexualité (fétichisme, sadomasochisme, bestialité, nécrophilie). Ce qui déclenchera un courrier des lecteurs impressionnant, d'aucuns se reconnaissant dans les cas décrits ! En 1931, le psychologue Pierre Janet proposera une traduction en français de cet ouvrage très populaire à l'époque.

La seconde grande figure de cette fin du XIX^e siècle est le Britannique Henry Havelock Elis, avec qui nous franchissons un pas décisif vers une compréhension moderne de la sexualité. La légende veut que se soit en réaction à la morale victorienne qu'il se passionne, dès l'âge de 16 ans, pour l'étude de la sexualité humaine. Sa double formation de médecin et de psychologue en fait un des pères fondateurs de notions aujourd'hui entrées dans le langage commun telles que l'auto-érotisme ou le narcissisme. Il semble qu'il soit aussi à l'origine du terme « onanisme¹ », pratique découverte tardivement pour stimuler sa propre sexualité. Ses *Études de psychologie sexuelle* abordent tous les grands thèmes de la sexologie d'aujourd'hui : éducation sexuelle, rêves érotiques, contrôle des naissances...

Des auteurs essentiels pour la « sexologie des profondeurs »...

Ce rapide parcours historique nous conduit tout naturellement à Sigmund Freud, contemporain de ces deux grands précurseurs que furent Krafft-Ebing et Elis. Freud

1. Ou « douche dorée », paraphilie qui s'exprime par une forte excitation liée à l'urine pendant le rapport sexuel.

était neurologue et médecin biologiste spécialisé dans l'étude du système nerveux. C'est depuis cette place particulière qu'il va construire la théorie psychanalytique, après avoir abandonné la pratique de l'hypnose qu'il avait apprise avec Charcot à la Salpêtrière.

Un texte incontournable de 1905

Les « *Trois essais sur la théorie de la sexualité* » posent les fondations de toute la théorie de Freud sur la sexualité. Ils abordent en particulier :

- les aberrations sexuelles ;
- la sexualité infantile ;
- la reconfiguration de la puberté.

La grille de lecture psychanalytique, qu'on le veuille ou non, est la seule à ce jour qui éclaire la psychologie des profondeurs. Le modèle de construction du psychisme humain, la question de l'inconscient, de la plasticité de la libido, des effets du refoulement sur le symptôme et l'importance de la relation à travers le « transfert » sont des fondamentaux qu'aucun sexologue ne peut ignorer. Cela étant, nous savons aussi que la théorie psychanalytique ne peut à elle seule tout expliquer de la sexualité humaine, comme le montre l'exemple des aberrations freudiennes concernant la sexualité féminine. Pour ce qui est du corps prétendument absent de la théorie freudienne, ses successeurs l'ont largement réintroduit (Groddeck, Winnicott, Anzieu, Dolto). Nous aurons l'occasion de développer leurs apports.

Sur le plan de la méthode thérapeutique, la pratique de la cure-type n'est pas adaptée directement au symptôme sexuel, nous le savons aujourd'hui. Par contre, la technique des « associations libres » peut nous permettre de nous dégager de modèles trop rigides et surtout d'améliorer notre écoute.

Alors, que garder aujourd'hui de ce qui fait tant polémique et qui ne manque pas de nourrir des querelles de clocher, voire des haines ? Beaucoup de pistes comme celle de la pulsion, du fantasme, de la libido, mais aussi les piliers de la psychopathologie classique qui s'appuient sur les premiers travaux freudiens. Les « grands cas » (Anna O., le petit Hans, etc.) nous plongent dans l'histoire singulière d'hommes et de femmes aux prises avec leur sexualité et son expression, et leur lecture ne peut qu'affiner notre sens clinique.

« La pathologie nous a en effet toujours rendu le service de rendre reconnaissables, par l'isolement ou l'exagération, des conditions qui seraient restées cachées dans la normalité » (Freud, 1933).

Si la sexologie n'avait que deux choses à retenir de la théorie psychanalytique, ce serait d'une part l'importance de la sexualité infantile (*Trois essais sur la théorie sexuelle*), et d'autre part la mise en évidence de la symbolisation à l'œuvre dans le langage mais aussi dans le corps. La psychanalyse nous oblige à admettre que nous ne maîtrisons pas tout, que nous devons accepter que certaines choses nous échappent en tant qu'humain et qu'il y a une face cachée qui souvent donne sens à ce qui est visible, surtout en matière de sexualité. Ainsi, la « sensibilité » psychanalytique nous ouvre vers l'autre et surtout permet ce regard curieux sur ce qui est « secret » ou « illisible ».

La sexualité humaine ne peut se limiter à « la tendance à l'union des deux sexes » ni à « la provocation de sensations de plaisir particulières aux organes génitaux » (Freud, 1921). De fait, la période dite « expérimentale » de la sexologie (1940-1968), sur fond d'évolution progressive des mœurs, de déculpabilisation, de dépénalisation et d'interrogations sur la place des femmes avec la montée du féminisme, va doucement mais sûrement être le terreau de la révolution des années soixante-dix avec ses grandes avancées, en particulier la séparation, par l'avènement de la contraception, de la sexualité de procréation et de la sexualité de récréation.

En 1948 puis en 1953, Alfred Kinsey sera le premier à « oser » mettre en place des études statistiques mais aussi des études directes sur le comportement sexuel des hommes et des femmes. L'ère de l'observation directe, avec ses approches parfois excessives voire même farfelues, s'ouvre ainsi dans un contexte d'évolution et de révolution.

Wilhelm Reich, avec sa théorie libidinale, sera l'initiateur du courant biophysique de la sexualité, qui s'éloigne du courant psychique et ouvre la porte aux thérapies psychocorporelles. Ce tournant radical sera le socle d'une sexologie axée sur le symptôme et sur la notion de « décharge orgasmique ».

En 1966, William H. Masters et Virginia E. Johnson vont ouvrir d'autres portes pour comprendre le fonctionnement sexuel. Il s'agit déjà d'une collaboration pluridisciplinaire puisque William est gynécologue et Virginia psychologue. Ils vont ainsi observer de façon systématique, à partir de l'étude des modifications et des variations anatomo-physiologiques, la physiologie sexuelle de 694 hommes et femmes dans sa construction *in vivo*. Ils ont analysé en détail la réponse sexuelle tant féminine que masculine et ont décrit les quatre phases constituant le « cycle sexuel » : phase d'excitation, phase en plateau, orgasme et résolution. Ils abandonnent le modèle intrapsychique de la sexualité, qui impliquait l'introspection, pour s'intéresser expérimentalement aux comportements sexuels et en tirer des méthodes thérapeutiques. C'est là d'ailleurs que toutes les approches achoppent, qu'elles soient liées à la psychologie des profondeurs ou à la psychologie comportementale : ce passage de la

théorie à la mise en place d'une méthode thérapeutique, à partir du moment où elle s'appuie sur un modèle unique, devient non seulement critiquable mais surtout nous éloigne du patient dans sa singularité.

Virginia E. Johnson : une femme libre et attachante

Née le 11 février 1925 à Springfield, « Gini », avant d'être psychologue, a été musicienne et notamment chanteuse de musique country ! Après avoir fait ses études à l'université du Missouri et au conservatoire de musique de Kansas City, elle devient journaliste dans le *Daily Record Saint Louis*. Mariée une première fois, elle divorce puis se remarie avec le leader d'un orchestre de danse, Georges V. Johnson, avec lequel elle aura ses enfants et dont elle gardera le nom. Après un second divorce, elle reprend des études de sociologie et elle est recrutée par William Howel Masters, professeur d'obstétrique et de gynécologie, afin d'interviewer des bénévoles pour un projet de recherche sur la sexualité. La suite... on la connaît ! En 1970, *Times Magazine* considère le couple de chercheurs comme le « couple de l'année ». Leur union va se rompre en 1992 après vingt-cinq années de collaboration. Par son travail toujours tourné vers une compréhension scientifique de la sexualité de la femme, Gini Johnson est également considérée comme une pionnière du féminisme. Nous vous renvoyons au livre de Thomas Maier (2009).

Pour compléter ce bref panorama, citons Helen Kaplan en 1974, année-charnière qui voit naître le concept de santé sexuelle défini par l'OMS, réussit une synthèse des courants psychothérapique et comportemental. Ces années très fructueuses en matière de pensée « sexologique » (citons entre autres Willy Pasini et Georges Abraham qui vont introduire le terme de « sexologie médicale »), vont être le marchepied de la période que nous venons de traverser, avec l'avènement des médicaments sexo-actifs, en particulier pour la sexualité masculine. Pendant près de dix ans la recherche s'est concentrée sur les produits pharmaceutiques (IPDE 5, inhibiteurs des phosphodiésthérases de type 5, sildenafil (Viagra) et la voie pharmacologique a pris une place prépondérante avec laquelle beaucoup de praticiens ont du s'accommoder. Des enjeux économiques importants étant bien sûr au centre de tels traitements, la dysfonction érectile a fait l'objet de toutes les attentions ces dernières années. Aujourd'hui, l'intérêt se tourne vers le traitement médicamenteux de l'éjaculation précoce (Priligy, Dapoxétine, appartenant à la classe de médicaments appelés inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine).

Lui-même pris dans les exigences de la « preuve » face à la demande pour trouble sexuel, force est de constater que le monde « psy », continue de proposer un discours de sens et de prise en compte d'une certaine temporalité dans le soin, discours qui est devenu difficile à entendre.

Et pourtant, les demandes des patients se multiplient... Aujourd'hui, en 2012, si l'offre de soin en sexologie est plurielle, elle tient avant tout à l'identité professionnelle, à la personnalité du sexologue mais aussi à la « dimension créative » de la relation.

Une confluence... des affluents...

Le sexologue est aujourd'hui l'héritier de toutes ces confluences d'idées, de tous ces mouvements de pensée, qu'il se doit d'avoir intégrés quelle que soit sa profession de base.

- **affluents théoriques** : les connaissances premières liées à sa profession de base conditionnent sa vision du symptôme (directe ou indirecte), mais le sexologue a l'obligation de sortir de ses croyances au risque de tomber dans le dogme (par exemple, la croyance aveugle en la prescription médicamenteuse toute-puissante). D'où la nécessité d'étudier d'autres affluents, ces connaissances « secondes » parfois obscures ou non évidentes de prime abord, mais qui obligent à porter un regard nouveau (nous revenons à l'étonnement !) sur sa propre expérience ;
- **affluents pratiques** : en ayant conscience qu'une méthode univoque issue d'une théorie est un danger dans un domaine d'intervention comme dans l'autre. Par exemple la psychanalyse, dont l'éclairage est incontournable dans les troubles de la sexualité mais dont l'application pure et dure de la technique du « divan » est loin d'être adaptée. Quoi qu'il en soit, les orientations pratiques et les outils auront tout intérêt à être expérimentés par le thérapeute sur lui-même (travail psychanalytique, approche corporelle ou états modifiés de la conscience...) ;
- **affluents d'orientation** : on pourrait dire en ce sens que « l'esprit » de la psychanalyse est incontournable et que ses apports sont irremplaçables, mais qu'ils doivent être adaptés. Son évolution dans la méthode est d'ailleurs irrémédiable sous peine d'extinction. À cet égard, la sexologie peut être un bon exemple d'intégration qui fait évoluer un mouvement de pensée. Comme sont également incontournables les apports de la recherche scientifique, avec toute la rigueur et les ajustements qu'elle propose ;
- **affluents professionnels et de collégialité** : chaque praticien en sexologie devrait savoir ce que son « confrère », différent de lui, pourrait apporter au patient et à lui-même ! C'est aussi l'occasion de travailler ses propres limites, notamment en matière de prise en charge. Or, accéder à la « sexologie » par une formation reste trop souvent pour les non-psys une façon de s'autoproclamer psychothérapeute, même si cette profession est mieux encadrée aujourd'hui. Il faut raison garder. Le psychologue ne deviendra pas médecin, et inversement le médecin ou le

professionnel paramédical ne deviendra ni psychologue ni psychanalyste avec une simple formation en sexologie. C'est un leurre dangereux qui doit impérativement nous faire réfléchir à la toute-puissance du soignant ;

- **affluents individuels et singuliers** : le patient qui consulte expose son intimité à travers ses mots, à travers son corps, à travers la relation qu'il a à l'autre, au monde et... au thérapeute ! Aucune étude statistique, aucun chiffre, ne peuvent rendre compte de ce colloque singulier qui se découvre et se crée au fur et à mesure de la prise en charge. Cette relation unique, face à un symptôme qui « parle », « en parle » et « se parle », produit de la surprise (résistance inattendue au médicament dans une dysfonction érectile secondaire d'aspect « simple », désir sexuel évanoui sans raisons apparentes, douleur répétitive sans cause organique avérée...), produit de l'expectative, parfois du renoncement, de l'agacement, de la colère, du refus, de la passivité, du nomadisme thérapeutique, de la rupture...

Nous savons que la sexologie inquiète, fascine ou fait sourire. Elle a longtemps dérangé et dérange encore les psychanalystes, qui n'y voient souvent qu'une méthode de rééducation de la sexualité, éventuellement perverse. Plus largement, elle dérange parce qu'elle met en évidence les limites du professionnel de santé. Elle dérange aussi, soyons francs, parce que certains professionnels ont dépassé les limites éthiques indispensables à tout acte de soin. Son histoire n'y est pas non plus pour rien et les temps changent.

Mais surtout la sexologie dérange (ou fascine !) parce qu'elle nous touche dans ce nous avons de plus intime, de plus profond, parce nous sommes tous des êtres sexués, quels que soient notre âge, notre histoire de vie ou nos convictions. Elle nous dérange parce qu'elle raconte des bribes de notre histoire...

Aujourd'hui les langues se délient plus facilement, ce qui explique l'ampleur de la demande qui ne fait que croître.

Que deviendra la sexologie ? Difficile de le dire... Certains prédisent sa mort, d'autres son hyper-médicalisation, d'autres encore ne voient son avenir que dans les futures découvertes scientifiques sur le cerveau... Sauf que - à moins d'une mutation sans précédent et encore inimaginable - la sexualité humaine va continuer à être source d'interrogations sur soi et sur l'autre, source de difficultés avec son corps, mais aussi source du mystère de l'amour...

Bibliographie

DE VINCI L. « Feuillet de la génération », in *Les Carnets*, Paris, Gallimard, coll. « Tel », 1942.

FREUD S. (1933), *Nouvelles Conférences d'introduction à la psychanalyse*, Paris, Gallimard, coll. « Folio Essais », 1989.

FREUD S. (1921-1938), « Psychanalyse et théorie de la libido », in *Résultats, idées, problèmes II*, Paris, PUF, 1985, p. 61.

KAPLAN H. S., (1979), *La nouvelle thérapie sexuelle*, Paris, Éd. Buchet et Chastel.

MASTERS W. H., Johnson V.E. (1966), *Les Réactions sexuelles*, Paris, Robert Laffont, 1968.

MAIER T. (2009), *Masters of Sex*, New York, Basics Books.

VON KRAFFT-EBING R. (1886), *Psychopathia Sexualis*, Bloat Books, 1999.

1. Au cœur d'une « discipline » déjà mature

2

LA SEXOLOGIE ET LA SEXUALITÉ EN ÉVOLUTION

Les grandes enquêtes américaines

Sachant que la prise en charge clinique reste très marquée par l'évolution des mœurs et des pratiques mise en évidence par les enquêtes scientifiques « de masse » sur les comportements sexuels, il convient de connaître les résultats de ces grandes enquêtes qui ont jalonné les quelque cinquante dernières années, aux Etats-Unis comme en France. Ceci nous mènera à préciser la spécificité de la sexologie française et nous permettra de resituer les pratiques psychothérapeutiques dites traditionnelles, en particulier la psychanalyse, dans une nécessaire évolution. Même si les méthodologies diffèrent et sont parfois critiquables, l'intérêt de ces enquêtes est indéniablement la photographie d'une époque et l'ouverture vers une sociologie de la sexualité.

La toute première étude fut menée par Alfred Charles Kinsey en 1948, dans un contexte historique encore conservateur face à la sexualité. Elle fait ressortir deux axes importants : l'un autour du développement de la sexualité infantile, l'autre sur l'aspect sociologique (y compris religieux) des comportements sexuels. En tentant d'évaluer des pratiques comme la masturbation, la fréquence des pratiques hétérosexuelles et homosexuelles chez les adolescents, la description des premières excitations érotiques et de l'orgasme, Kinsey a été un véritable précurseur. Sans oublier son second rapport en 1953, qui va faire considérablement évoluer la vision de

la sexualité féminine, d'abord précoce chez la petite fille (comme l'avaient évoqué les psychanalystes femmes post-freudiennes qui s'opposaient à une vision phallocentrique de la sexualité) puis spécifique dans sa nature et son expression érotique. En regard du fameux « continent noir » freudien, par ses résultats, Kinsey accompagne l'évolution des idées féministes et recadre complètement la sexualité féminine dans un contexte plus libéré.

Les deux rapports « Hite » 1977 et 1983

Shere Hite, une féministe historienne et sexologue américaine devenue allemande, va continuer cette recherche sur la sexualité des femmes. Un questionnaire sera distribué sur tout le territoire des États-Unis à partir de 1972, et ce travail de fourmi basé sur 58 questions va permettre le recueil de 3 019 réponses à partir de différentes sources d'organismes féminins et de bénévoles. En 1977, la couverture du premier « Rapport Hite » stipule : « Pour la première fois 3 000 femmes de 14 à 78 ans s'expriment avec franchise et émotion sur leur vie sexuelle ». De fait, ce rapport réalisé pour les femmes et par des femmes propose une nouvelle interprétation de la sexualité féminine.

Les grands thèmes sont les suivants : La masturbation et ce qu'en pensent les femmes, l'orgasme et son importance, le vécu du coït, la stimulation clitoridienne et ses pratiques associées, le saphisme, l'esclavage sexuel, la révolution sexuelle, la sexualité de la femme âgée.

Dans sa préface, Shere Hite écrit :

« La sexualité féminine a été essentiellement considérée comme une réaction à la sexualité masculine et au coït. On n'a que très rarement admis que la sexualité de la femme pouvait avoir en propre une nature complexe qui serait beaucoup plus que la contrepartie logique de la sexualité de l'homme ou plus exactement de l'idée que nous nous faisons de celle-ci.

Ces questionnaires avaient l'intention de demander aux femmes ce qu'elles ressentent, ce qu'elles aiment, et ce qu'elles pensent du sexe... »

Ainsi Shere Hite assume le fait qu'elle présente une nouvelle théorie de la sexualité féminine à travers la parole recueillie de ces femmes. Les six modèles de masturbation féminine, l'évolution de la sexualité au cours de la vie notamment la ménopause, l'importance du clitoris sont autant de nouvelles pistes explorées.

Mais elle n'oubliera pas la sexualité masculine, puisqu'en 1983 paraît le Rapport Hite sur les hommes. Si ces rapports ont été vivement critiqués sur le plan méthodologique, on ne peut nier que le panorama qu'ils décrivent illustre l'évolution de la sexualité dans les rapports hommes/femmes, y compris dans ses retours pudibonds, qui ont poussé Shere Hite à quitter les États-Unis et à changer de nationalité.

Et dans l'Hexagone...

La France n'est pas en reste. En 1972, le rapport Simon fait l'effet d'une bombe.

Pierre Simon (1925-2008) grand humaniste, endocrinologue et gynécologue, lance en 1972 une grande enquête sur le comportement sexuel des Français. Connu sous le nom de « Kinsey français », celui qui deviendra grand maître de la Grande Loge de France est à l'origine de magnifiques avancées qui ont été avant tout des combats : il cofonde le Mouvement Français pour le Planning Familial, il permet la prise de conscience de la dissociation nécessaire entre contraception et avortement, il place pour la première fois la sexualité au cœur des enquêtes sociologiques et de la réflexion politique.

Mis en chantier en 1969, le cœur de son rapport tourne autour d'une idée : la sexualité de la population française est plus « libre » qu'on ne le pense ! Il met en évidence des notions nouvelles comme la déculpabilisation du plaisir, les orgasmes multiples. Il pointe également la faiblesse de l'information sexuelle pour les jeunes. La méthode est révolutionnaire (interviews de 2 625 hommes et femmes âgés de 20 ans et plus, 175 enquêteurs du 20 juin au 25 septembre 1970) et marque l'époque d'une pierre blanche en matière d'étude sur un large échantillon et sur un thème encore à défricher dans l'Hexagone. Pierre Simon a aussi été l'instigateur de très grandes mesures : importation de la méthode d'accouchement sans douleur, éducation sexuelle à l'école, loi sur la contraception, loi sur l'avortement...

Au début du *Liber mutus* (*Livre muet des alchimistes*) que Pierre Simon a tenu à partir du début des années 2000, il est écrit : « J'ai été médecin : c'est ma vraie vie. » Il s'en est expliqué dans une autobiographie retraçant son histoire en même temps que celle de ses luttes et des avancées de la société. Si la première grande victoire de la médecine fut de faire reculer la mort, la seconde devait être en effet à ses yeux de prendre en charge la notion même de vie, définie désormais comme « la relation préférentielle à l'environnement » et non plus seulement comme « un ensemble de fonctions résistant à la mort ». C'est à changer ce concept de vie pour permettre à ses contemporains d'en user le mieux possible que P. Simon a consacré sa vie et ses travaux¹.

Pierre Simon reste une figure incontournable par son amour de la médecine qu'il a toujours su relier à la philosophie, plaçant l'humain au centre de ses préoccupations.

1. www.prix-pierre-simon.com

En 1993, tandis que l'épidémie de sida fait ses ravages, **l'enquête ACSF** (« Analyse des comportements sexuels en France ») est mise en place sous l'égide du professeur Alfred Spira, épidémiologiste, et de Nathalie Bajos. L'équipe est pluridisciplinaire, comprenant sociologues et démographes, statisticiens et informaticiens. L'originalité de cette étude est d'y avoir adjoint, à la fois dans la mise œuvre et dans l'interprétation des résultats, l'équipe du diplôme interuniversitaire d'études de la sexualité humaine de la faculté de médecine Paris 13-Bobigny par la présence du docteur André Durandeau et de Jean-Marie Sztalryd, psychanalystes.

Vingt mille personnes ont été interrogées téléphoniquement de façon anonyme, le questionnaire comptant quatre cents questions. Si l'objet de cette étude était principalement axé sur l'impact de l'épidémie de sida et des facteurs de risques VIH sur les comportements sexuels, les données recueillies ont permis de mesurer l'évolution des pratiques et de faire un arrêt sur image de la vie sexuelle des Français en ce début des années quatre-vingt-dix, notamment sur la sexualité féminine et l'homosexualité.

Un deuxième rapport sur « la sexualité en France » sera réalisé quinze ans plus tard, avec 12 364 personnes de 18 à 69 ans interrogées anonymement. Trois axes de compréhension des pratiques sexuelles ont été mis en avant : les actes, les relations et les significations.

L'importance du premier rapport sexuel, la fréquence des rapports sexuels dans le couple, le sentiment amoureux, la question de l'orgasme et la satisfaction sexuelle figurent parmi les grands thèmes abordés. L'avènement et le développement d'Internet dans les modes de rencontre suivant les tranches d'âge ont aussi été étudiés en détail dans ce second rapport.

Ces deux rapports ont été fondamentaux dans l'éclairage contemporain de la sexualité en France.

Plus récemment, les deux livres-enquête de **Philippe Brenot**, psychiatre et anthropologue (avec le concours de l'Observatoire du couple), parus respectivement en 2011 et 2012, donnent la parole à 2 153 hommes et 3 404 femmes, les deux groupes se déclarant hétérosexuels et vivant en couple. C'est à travers cette parole analysée et commentée que l'actualité de la sexualité se découvre. Le questionnaire a été mené grâce au support Internet, avec toutes les précautions dans le respect de l'anonymat.

L'étude sur les hommes comporte seize sections, décrivant vie sexuelle, vie intime et vie relationnelle. L'objectif de cette étude est de « mieux comprendre les hommes, leurs ressentis, leurs sentiments, leur sexualité dans ses détails les plus intimes. » L'analyse de contenu va se porter sur dix grands thèmes qui vont constituer le cœur

LA SEXOLOGIE... UNE CONFLUENCE DE PENSÉES

2. La sexologie et la sexualité en évolution

de l'ouvrage sur l'homme : « domination, séduction, amour, intimité, tendresse, sexe, plaisir, couple, écoute, engagement ».

L'objectif de l'étude sur les femmes est défini comme tel : « mieux comprendre les femmes, leur vécu, leurs sensibilités, leurs sentiments, leur sexualité ». Les dix thèmes d'analyse abordés sont cette fois plus précis : « de la libération à la liberté, qu'est ce qui excite les femmes, qu'est ce qui leur donne du plaisir, l'orgasme n'a-t-il plus de secrets, l'apprentissage de la sexualité, cette chose qu'on appelle amour, le frisson de la reconquête, la nouvelle donne du couple, être mère-rester femme, la face sombre ».

Les seize sections étudiées pour les deux sexes

1. Le premier rapport
2. La masturbation
3. La masturbation dans le couple
4. L'intimité nocturne
5. Les rapports sexuels
6. L'orgasme
7. Les préliminaires
8. Votre sexe (le sexe de l'homme)
9. Le sexe de votre partenaire
10. Les attentes personnelles
11. Le désir
12. La grossesse et les enfants
13. Les sentiments
14. Le relationnel
15. La communication
16. La situation personnelle

Pour l'homme, elles ont été détaillées en cent vingt-huit questions ouvertes ou fermées. Pour la femme, le questionnaire s'est élargi à cent quatre-vingt-sept questions.

Il est très intéressant de comparer les résultats respectifs des hommes et des femmes en miroir par grand thème, tant les idées reçues sont fréquentes sur la sexualité des uns et des autres.

Car ces deux études ont permis de balayer certaines certitudes. Un des thèmes abordé est celui des sentiments, sujet qui habite les consultations de sexologie en particulier celle du psychologue sexologue. Il s'avère en effet qu'à la question : « Le sexe et les sentiments sont-ils forcément liés ? »,

52,2 % des hommes répondent « oui » mais seulement 46,2 % des femmes ! En revanche, la fidélité semble être une valeur plus importante pour les femmes (86,5 % contre 78,3 % pour les hommes).

Ce qui se dessine, comme nous l'entendons d'ailleurs dans nos consultations, c'est une évolution vers une sorte de nivellement des différences dans le vécu de la sexualité, en particulier au niveau des mentalités. Surtout, ces résultats doivent nous engager à toujours être prudents sur nos propres idées reçues et certitudes, de façon à permettre une approche singulière de chaque individu en particulier dans la clinique.

En matière de sexualité rien n'est jamais fixé, tout est mouvant que ce soit sur le plan individuel ou collectif.

Les trois grands virages de la sexologie

Trois grands virages se sont produits depuis les premiers balbutiements de la sexologie. Ils se sont inscrits, force est de le reconnaître, en opposition à la psychanalyse, qui est restée longtemps la seule grille de lecture de la sexualité humaine et qui reste malgré tout irremplaçable.

- **Le premier virage est celui de la révolution sexuelle**, avec le travail d'engagement des féministes, l'avènement de la contraception et la libéralisation de l'avortement. Dans ces années 1960-1980, la domination masculine est fortement remise en question et les femmes revendiquent leur liberté sexuelle et économique. Les sexologues ont commencé à exister vraiment dans ce grand bouleversement de la société.
- **Le deuxième virage est celui de la « biologisation »**, c'est-à-dire de la médicalisation de la sexologie par l'apparition des médicaments sexo-actifs. Le Sildénafil* est breveté par les laboratoires Pfizer en 1996 et le Viagra voit le jour, accessible sur ordonnance. Deux autres suivront (Cialis*, Lévitra*). Cette découverte et sa mise sur le marché orientera pendant près de 15 ans les études sur la sexualité masculine, en particulier sur la dysfonction érectile. Beaucoup de questions se sont posées alors aux autres professionnels de santé, en particulier les psys qui ont remis en question leur place dans le monde sexologique.
- **Le troisième virage est celui de la théorie du genre (*gender studies*)**

Le psychologue sexologue se doit d'avoir connaissance de toutes ces évolutions afin de positionner sa pratique clinique dans un contexte sociétal donné, tenant compte de l'évolution des mentalités. La tradition de la pratique clinique va servir de base mais sera inévitablement resituée dans la modernité, avec ses avancées scientifiques et ses effets sur la demande comme sur la prise en charge thérapeutique.

BIBLIOGRAPHIE

BAJOS N., BOZON B., BELTZER N. et l'équipe ACSF, (2008), *Enquête sur la sexualité en France. Pratiques, genre et santé*, Paris, La Découverte.

BRENOT P. (2011), *Les Hommes, le Sexe et l'Amour*, Paris, Les Arènes.

BRENOT P. (2012), *Les Femmes, le Sexe et l'Amour*, Paris, Les Arènes.

HITE S. (1976), *Le Rapport Hite*, Paris, Collection Réponses, Robert Laffont.

HITE S., (1988) *Les Femmes et l'amour*, Paris, Stock.

SPIRA A., Bajos N., Groupe ACSF (1993), *Les Comportements sexuels en France*, Paris, La Documentation française.

3

LA SEXOLOGIE FRANÇAISE : UNE FAMILLE RECOMPOSÉE

La sexologie, une discipline ? _____

Après avoir exposé le cadre des grandes études sociologiques et épidémiologiques sur la sexualité et l'avoir resitué dans son histoire, voyons comment la sexologie française s'organise sur un plan général.

Contrairement, à certains pays comme le Canada où on peut devenir sexologue après des études secondaires, le cursus de sexologie en France s'appuie obligatoirement sur un diplôme de professionnel de la santé ou de psychologie. Ainsi, chaque praticien doit utiliser ses connaissances et sa formation en sexologie dans le cadre de sa profession de base.

Sept professions du monde de la santé sont actuellement sous l'égide d'un examen national de sexologie : les médecins (généralistes et spécialistes), les psychologues cliniciens, les psychomotriciens, les kinésithérapeutes, les sages-femmes, les infirmières, les pharmaciens. Il est donc nécessaire que tous puissent bénéficier d'une plate-forme commune de connaissances à la fois théoriques et pratiques, mais en même temps que chaque profession (et chaque professionnel !) s'impose des limites, celle de sa profession de base.

Le professionnel de santé sexologue est ainsi à la frontière de nombreuses disciplines et champs de pensée et les « glissements » sont parfois tentants.

S'il est clair que seuls les médecins peuvent prescrire des médicaments et faire des examens cliniques, les kinésithérapeutes et les sages-femmes sont eux, dans le cadre de leur travail, confrontés directement au corps des patients soit dans les prises en charge de la grossesse, soit dans celle des rééducations périnéales.

Les infirmières, dans le cadre des soins, sont également confrontées à une intimité qui nécessite une solide formation. Les psychomotriciens sont à la base d'un travail sur le corps dont les aspects tonico-émotionnels renvoient à la sphère sexuelle. Le pharmacien-sexologue aura tout intérêt à aborder des aspects psychologiques qui sont loin de son champ d'investigation privilégié, la pharmacologie, tandis que le psychologue s'attardera plus spécifiquement sur la dimension psychogène des troubles...

La profession de base a donc une importance capitale dans la prise en charge du patient. On n'est pas le même « sexologue » selon qu'on est médecin ou psychologue, et d'ailleurs la plupart des patients ne s'y trompent pas quand ils font cette démarche et qu'ils choisissent telle ou telle profession de base.

Les « sexologues » sont à l'origine tous différents, mais de par leur formation commune chacun se doit d'apprendre un peu de l'autre sans perdre son identité...

C'est aussi l'originalité de notre « profession » : être une famille « recomposée » !

Être sexologue, l'art de croiser les approches ? _____

Au-delà de la compétence de chaque profession de base, la difficulté et la richesse de la sexologie résident dans ses différents plans d'intervention : du plus comportemental au plus profond, du plus fonctionnel au plus intrapsychique, du plus bio-physiologique au plus psychodynamique.

Les différentes façons d'aborder le symptôme sexuel dépendront de plusieurs critères :

- la formation originelle du thérapeute ;
- ses formations complémentaires et ses compétences ;
- sa capacité à poser un cadre adapté au patient ;
- sa capacité à se remettre en question et à connaître ses limites professionnelles et personnelles.

Mais il reste absolument nécessaire que les connaissances de base dans chaque domaine théorique et pratique soient acquises pour que le praticien, quelle que soit sa profession, puisse savoir à quel niveau il intervient avec son patient.

Sur le plan théorique, cinq grands axes se dessinent pour une lecture du symptôme sexuel :

- la dimension biologique et physiologique ;
- l'abord cognitivo-comportemental ;
- l'abord systémique en particulier dans les thérapies de couple ;
- l'abord psychodynamique intégrant l'abord psychanalytique et les états de conscience ;
- l'approche dite « intégrative ».

Sur le plan pratique et thérapeutique, si la palette s'est élargie ces dernières années, elle peut se résumer en trois grands courants :

- la prise en charge psychologique avec ses différents degrés, du simple conseil sexologique au travail sur le sens ;
- la prise en charge psychocorporelle (avec ses différentes écoles : le sexocorporel, le sexofonctionnel, ses approches spécifiques...) ;
- la prise en charge médicamenteuse et/ou chirurgicale.

Si chaque praticien, médecin ou professionnel de santé, a un angle d'attaque privilégié du symptôme, il est fondamental qu'il puisse avoir suffisamment d'ouverture et de connaissances pour ne pas se laisser aveugler par ses croyances, ses engagements théoriques ou pratiques. Rien ne peut justifier la persistance d'un point de vue isolé, d'autant que la nécessité d'une prise en charge globale s'impose en sexologie encore plus qu'ailleurs.

Et les psychologues dans tout cela ? _____

La façon dont le patient arrive dans le cabinet du psychologue sexologue va être déterminante. Plusieurs cas de figures se présentent :

- **le patient qui arrive en première intention** : il n'a jamais parlé de sa difficulté sexuelle et/ou relationnelle à un professionnel de la santé et la consultation est le fruit de ses recherches sur Internet ou sur l'annuaire. C'est un cas de figure très fréquent qui montre une certaine motivation et l'évaluation comme le bilan devront être soigneusement réalisés avant de s'engager sur une piste thérapeutique quelle qu'elle soit ;
- **le patient est adressé par un professionnel de la santé**. Trois possibilités se présentent :

- l'adresseur est non-sexologue, par exemple gynécologue, urologue ou médecin généraliste. Dans ce cas de figure, le bilan organique et/ou l'examen clinique est en général fait préalablement par le praticien ;
- l'adresseur est psychologue ou psychanalyste mais non formé à la sexologie ;
- l'adresseur est lui-même professionnel sexologue. Il conviendra alors de comprendre ce qui motive son choix de « passer la main ». Le plus souvent, ce choix est lié au domaine de compétence privilégié du thérapeute proposé ou bien à l'idée que s'en fait le prescripteur.

Quoi qu'il en soit, il est nécessaire de savoir si c'est le praticien qui a fait cette proposition de consulter ou si la demande a été exprimée par le patient à son thérapeute. Il est évident que cela donnera un sens et un impact différents sur la suite de la prise en charge ;

- **le patient est poussé à consulter par un tiers** : le partenaire par exemple. À la question « Qui vous adresse à moi ? », nous avons souvent pour réponse : « Ma femme ! ». Ce thème de la demande et de sa nature fera l'objet d'un chapitre suivant ;
- **le patient a déjà entrepris une ou plusieurs thérapies sexologiques**, avec ou sans succès, dans un temps donné, sur son symptôme. Il sera alors nécessaire d'en faire un bilan précis pour en mesurer les effets thérapeutiques, toujours pris dans la subjectivité du patient. La question de « l'espoir » en une résolution rapide (voire immédiate !) de la dysfonction se pose de façon souvent très aiguë à la première consultation. Prendre en charge psychologiquement un trouble sexuel demande du temps.

Ainsi, l'idée que se fait l'individu sur la façon dont il peut être aidé est fondamentale. Si les erreurs de casting sont possibles (par exemple en demandant un traitement médicamenteux à un psychologue), beaucoup de patients viennent aussi nous voir parce que nous sommes « psy ». Ce qui ne doit pas nous aveugler car en sexologie, la frontière entre la psyché et le soma est toujours ténue. La prudence est donc toujours de mise et en ce sens l'évaluation sera fondamentale.

Le psychologue sexologue vogue ainsi sur cette crête à la fois exigeante et passionnante de la nécessité d'une formation solide dans différents domaines de la sexualité humaine, qui vont s'entrecroiser et se tisser tout au long de la prise en charge.

Son premier travail sera donc d'être particulièrement attentif à cette arrivée du patient dans sa consultation, puisqu'en tant que spécialiste de la « psyché » il va devoir resituer le symptôme sexuel dans une perspective toujours extrêmement subjective, à la limite du vécu corporel et des représentations, imaginaires et émotionnelles.

La sexologie... source d'évolution pour le psy ? _____

Nous savons que les écoles, les chapelles ont déchiré et déchirent encore le monde « psy ».

L'exemple récent des luttes haineuses entre le « tout-comportementaliste » et le monde de la psychanalyse en est une illustration (*Livre Noir* de la psychanalyse, *La Statue de Freud* de Michel Onfray...). De par sa nature polymorphe, la sexologie en France peut être considérée comme un lieu où différents courants de pensée (scientifique, sociologique, philosophique...) peuvent cohabiter voire se compléter. Ce qui est assez rare pour être souligné. Ceci est certainement dû à l'effort constant de ses différents acteurs malgré les tournants historiques que nous avons pointés.

C'est donc une chance pour le psychologue que d'accéder, par sa spécialisation en sexologie, à des champs parfois assez éloignés de sa formation de base et de son cadre de référence habituel.

Ce cadre est celui de la « psyché », notion qui demande à être clarifiée :

- **sur le plan philosophique**, la psyché est la personnification du principe de la vie, de « l'âme » (même si ce terme est privilégié par les théologiens) par opposition au corps matériel ou soma. La définition psychologique s'en rapproche : « Ensemble des aspects conscients et inconscients du comportement individuel, par opposition à ce qui est purement organique » ;
- **sur le plan médical**, elle est considérée en tant qu'organe, au même titre que tout autre organe ;
- **le psychisme** concerne la pensée et l'esprit, conscient ou inconscient, considéré dans sa totalité ou partiellement, et intégrant des phénomènes, des processus relevant de l'intelligence et de l'affectivité, le tout constituant la vie psychique ;

Psyché est une princesse de la mythologie grecque, élevée au rang de déesse. Elle est aussi « l'âme » avec ce beau mythe d'Apulée, écrivain africain du II^e siècle. Si Psyché est avant tout humaine et mortelle au début du mythe, elle devient, après un long processus semé d'épreuves, l'immortelle épouse d'Éros. Le lien avec le mot « psychisme » est donc direct avec le dieu de l'amour mais aussi avec le désir qui ne veut pas se révéler. Aphrodite incarne la beauté et en est le deuxième personnage, la belle-mère rivale. Ajoutons Zéphyr, le petit vent d'ouest qui va sauver Psyché et enfin Volupté, qui est issue de cette union...

Pour Freud, Psyché est la personnification de l'inconscient, Éros de la libido, et Aphrodite de la beauté, ces trois représentations interagissant dans ce mythe fondateur.

Il y a donc du « sexuel » dans la genèse même du mot « psychique ».

- la notion « d'appareil psychique », qui est spécifiquement freudienne, est avant tout une « fiction » comme le disait lui-même Freud, qui a valeur de modèle, de métaphore. Il définit l'appareil psychique en comparaison avec des appareils optiques, suggérant un arrangement interne, un ordre donné avec une succession temporelle qui implique une énergie interne sous forme d'excitation.

Le terme « appareil » implique la notion de « travail », qui par la transformation de cette « énergie » va mener à l'élaboration psychique, notion centrale de la psychanalyse. L'élaboration psychique est un terme utilisé par Freud « pour désigner dans différents contextes, le travail accompli par l'appareil psychique en vue de maîtriser les excitations qui lui parviennent et dont l'accumulation risque d'être pathogène... Elle est la transformation de la quantité d'énergie permettant de maîtriser celle-ci en la dérivant ou en la liant » (Laplanche et Pontalis, 1981).

Nous reviendrons sur ces notions de travail et d'élaboration ainsi que leur place face au symptôme sexuel.

L'appareil psychique

Tout au long de sa vie, Freud reviendra sur cette notion.

1896 : Lettre à Fliess : le psychisme enregistre sous forme de traces mnésiques les matériaux de la mémoire.

1897 : L'esquisse : Freud rêve de réconcilier biologie et psychologie dans l'espoir d'expliquer scientifiquement la circulation de l'énergie psychique

1900 : L'interprétation des rêves : « L'appareil psychique doit être conçu comme un appareil réflexe... »

1920 : Au-delà du principe de plaisir : L'appareil peut se comparer à une vésicule protoplasmique qui étend ses pseudopodes vers le monde extérieur et peut aussi les rétracter.

1938 : L'abrégé de psychanalyse : Freud resitue l'appareil psychique en regard des instances de la deuxième topique, Moi, Ça, Surmoi. « La plus ancienne de ses provinces ou instances psychiques, nous la nommons le Ça ; il a pour contenu tout ce qui est hérité, apporté à la naissance, constitutionnellement fixé, donc avant tout les pulsions issues de l'organisation corporelle, qui trouvent une première expression psychique dont les formes nous sont inconnues. »

Appareil psychique, pulsions et libido sont les trois piliers sur lesquels se bâtissent la métapsychologie freudienne et l'éclairage sur le développement de la sexualité humaine sur un plan psychique.

Le sexologue, quelle que soit sa profession de base, ne peut les ignorer et nous y reviendrons.

Mais le psychologue qui s'intéresse à la plainte sexuelle ne peut pour autant se dispenser d'une connaissance actualisée de la recherche cognitivo-comportementale sur la sexualité, des travaux des neurosciences et de la prise en compte du corps. Il suffit d'écouter nos patients attentivement pour se rendre compte du poids des processus de pensée comme, par exemple, l'anticipation négative qui a des conséquences désastreuses. Sur un plan physiologique, l'exemple des travaux de recherche sur l'orgasme féminin et les idées reçues sur le vieux distinguo complètement dépassé entre orgasme clitoridien et orgasme vaginal, est en ce sens très parlant.

Les réticences des psychanalystes vis-à-vis de la sexologie sont en partie liées à l'observation « in vivo », ramenant la sexualité à une mécanique sexuelle.

Les réticences des tenants du « tout-biologique » ou du « tout-explicable » sont, elles, liées à l'aspect non reproductible des études, avec des conclusions non généralisables :

« Il n'y a pas de sexologie sans sexologie plurielle, enrichie du regard de multiples disciplines... » (Blachère, 2008).

En sexologie, et pour une meilleure prise en charge des patients, ces deux mondes doivent se tolérer, s'écouter, s'enrichir mutuellement. Accepter le fait qu'une grande partie de ce qui se passe nous échappe, mais toujours chercher à éclairer par la rigueur scientifique, là est le grand défi de la sexologie et le paradoxe de cette « famille recomposée » !

BIBLIOGRAPHIE

BLACHÈRE P. « Quelle spécificité pour la sexologie francophone ? ou la singularité d'une approche plurielle », in *Sexologies*, vol. 17, n° 2, avril-juin 2008, Elsevier Masson, p. 43-45.

FREUD S. (1897). *La Naissance de la psychanalyse* (lettre à Fliess + l'esquisse), Paris, PUF, 5^e éd., 1986.

FREUD S. (1900). *L'Interprétation des rêves*, Œuvres complètes, Psychanalyse t. IV, PUF, 1967.

FREUD S. (1925). *Au-delà du principe de plaisir*, in *Essais de psychanalyse*, Paris, Payot, 1^{re} éd., 1927.

FREUD S. (1938). *L'Abrégé de psychanalyse*, Paris, PUF, coll. « Quadrige Grands textes », 2012.

LAPLANCHE J. et Pontalis J.-B. (1981). *Vocabulaire de psychanalyse*, Paris, PUF.

4

SANTÉ SEXUELLE, SOIN SEXUEL : UN CADRE POUR LE PSYCHOLOGUE SEXOLOGUE

Les travaux de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) —

Le cadre de l'intervention du psychologue ne peut ignorer le concept de santé sexuelle, distinct d'un modèle de santé mentale, mis au point par l'OMS dans les années 1972-1975.

En voici les termes exacts :

« La santé sexuelle est l'intégration des aspects somatiques, affectifs, intellectuels et sociaux de l'être sexué de façon à parvenir à un enrichissement et un épanouissement de la personnalité humaine, de la communication et de l'amour. »

Cette définition s'appuie sur le concept de santé défini par l'OMS en 1946 :

« La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social et pas simplement l'absence de maladie ou d'infirmité. »

Ces quelques règles sont précisées par Georges Abraham et Willy Pasini en trois axes :

- le premier concerne **la dimension organique**, en pointant l'absence de troubles, de dysfonctions physiologiques, de maladies ou d'insuffisances susceptibles d'interférer avec la fonction sexuelle et reproductive ;
- le deuxième axe concerne **la dimension psychologique**, en insistant sur la délivrance de la peur, de la honte, de la culpabilité, des fausses croyances et autres facteurs d'ordre psychologique pouvant inhiber la réponse sexuelle et les relations ;
- enfin, le troisième axe met l'accent sur **la dimension hédonique et éthique**, par une capacité de jouir et de contrôler le comportement sexuel et reproductif en accord avec le sujet dans sa dimension à la fois personnelle et sociale.

Toujours sur fond d'évolution de la sexualité débarrassée de sa contingence reproductive, avec l'apparition de l'épidémie de sida survient quelques années plus tard, en 2000, l'idée de « comportement sexuel responsable », de « société sexuellement saine » préfigurant une évolution de la pensée sexologique qui introduit la notion de droits sexuels :

« Pour qu'un niveau de santé sexuelle soit atteint, il est nécessaire que les droits sexuels de chacun soient connus et reconnus [...]¹. »

En 2002, Alain Giami étudie les transformations structurelles d'une sexologie qui se médicalise. L'Association Mondiale de Sexologie est devenue l'Association mondiale pour la santé sexuelle.

Droits sexuels individuels et devoirs envers la société prennent alors place, conjuguant sphère privée et sphère publique. Ce qui apparaît comme une gageure et un paradoxe pour le psychologue, plus habitué à la relation duelle et particulière : d'une part la dimension « universelle » élargit considérablement son angle de vue et l'oblige à sortir de son « pré carré » souvent un peu trop fermé, mais d'autre part on ne peut éviter de s'interroger sur l'aspect normatif de l'accession au plaisir pour tous, dans une quête de l'être parfait surtout sexuellement, même si les intentions d'introduire éthique et notion de droit sont louables. C'est aussi, d'une certaine façon, nier le sens de l'expression de la maladie, de la dysfonction, dans une globalité humaine.

Tous ces travaux autour de la Santé publique sont fondamentaux, notamment pour le droit des femmes sur leur propre corps et pour la mise en place de la prévention nécessaire en matière de MST, de sida, de prostitution, d'abus sexuels, etc. La toute nouvelle Chaire de Santé Sexuelle et Droits Humains, créée à l'initiative de Marc

1. Rapport de la réunion de L'OMS et de la Pan American Health Organization, Promotion of Sexual Health, Recommandations for actions, 2000.

Ganem et développée actuellement par Thierry Troussier et Alain Giami, est une résultante prometteuse de cette évolution :

« L'inégalité entre les Hommes a subverti le respect élémentaire et la dignité de la personne humaine. La sexualité est à la base de la construction de l'humanité. Les principaux indicateurs de santé qui y sont liés sont alarmistes. Cette Chaire UNESCO, dont je suis le responsable et Alain Giami le directeur scientifique, a pour mission de promouvoir dans le monde le développement, l'épanouissement et le bien-être des individus, des couples et des familles. Elle a pour objectifs principaux la protection des jeunes vis-à-vis des violences, la lutte contre les inégalités de genre, les mutilations sexuelles, l'exploitation sexuelle, et la lutte contre les préjugés sexistes ou homophobes. À partir d'une approche positive de la santé sexuelle et de la promotion des Droits Humains, la Chaire contribue à atteindre les objectifs du Millénaire : la santé maternelle et infantile, la santé des adolescents, la santé des femmes et de leurs familles, l'équité entre les hommes et les femmes et l'éducation pour tous. » Thierry Troussier¹

Il n'empêche que la part « obscure » de la sexualité humaine, les interactions subtiles et actives entre le corps sexué et l'imaginaire individuel sont le fondement même du sujet. Ce sont des forces avec lesquelles le praticien doit composer dans sa relation à l'autre, avec sa part d'intime. La notion de « soin sexuel » est donc au centre de l'action du psychologue et nous allons l'éclairer. Le psychanalyste Jean-Marie Sztalryd disait déjà en 1994 :

« La sexualité est devenue une question de santé publique dans la mesure où certaines de ces manifestations furent interprétées comme contraintes faites au politique... L'obligation de la prise en charge du sexuel, faite au politique, trouve sa limite même dans l'existence de l'inconscient. Il est impossible, et c'est heureux, de régenter désir, jouissance et symptôme. S'il est malgré tout souhaitable d'avoir comme projet social la promotion de la « santé sexuelle », cela implique que chaque sujet puisse élaborer ses choix de vie à travers le lien social, pacifié aux autres... »

Peut-on parler de « soin sexuel » ? _____

Comme le dit Frédéric Worms dans son livre *Le Moment du soin*, le soin est à l'origine de la subjectivité, donc de la constitution même du sujet et il révèle très

1. <http://www.human-earth.org>.

précocement la dimension relationnelle de notre vie. Il répond à une vulnérabilité dont le premier modèle est le nouveau-né. Ce moment du soin, « qui ne tient qu'à un fil », s'appuie sur une demande sur laquelle thérapeute et patient doivent s'entendre, (tout d'abord observer, écouter, observer, écouter, observer, écouter... Nous y reviendrons). Il traverse nos prises en charge sans que nous nous en rendions compte par la force de la créativité, de l'inventivité qui fonde la relation mais aussi la dépasse.

On entend par soin « toute pratique tendant à soulager un être vivant de ses besoins matériels ou de ses souffrances vitales, par égard pour cet être même ». Trois mots essentiels dans cette définition : pratique, souffrance et surtout égard.

Une intention, une relation, un geste...

Si notre devoir est de nous interroger sur notre rôle de « thérapeute » en sexologie, nous ne pouvons éluder cette question sur l'asymétrie du soin posée par Frédéric Worms :

« Il n'y a pas de soin sans une faiblesse qui appelle de l'aide mais qui peut devenir une soumission, qui peut devenir un pouvoir et même un abus de pouvoir... Sommes-nous condamnés à une alternative, entre le secours et le pouvoir mais aussi entre le pouvoir et l'amour ? »

Soigner est à la fois soigner quelque chose et quelqu'un. Cette banalité est au centre même de la médecine (au sens large) aujourd'hui. De fait, « soigner quelque chose », c'est-à-dire un signe, un symptôme, une maladie, un organe..., « soigner quelqu'un » ou « soigner une relation », constitue le cœur même de notre travail. Mais il convient de préciser que cet écartèlement actuel de la médecine se situe au confluent de deux modèles : le modèle parental (F. Worms le définit comme « thérapeutique ») dans sa dimension de constitution du sujet, et le modèle médical (thérapeutique) dans sa dimension politique.

Au centre du modèle parental du soin se conjugue le corps et la relation. On peut parler à cet égard des théories de l'attachement mais surtout de Winnicott, avec son modèle d'individuation basé sur la relation en quatre points : le *holding* (porter), le *handling* (manipuler), le *world presenting* (présenter au monde) et le *playing* (jouer), sans oublier la créativité, signe de l'individuation et de la santé, qui est toujours à réinventer.

Ce concept de « réinventer sa santé sexuelle » semble tout à fait essentiel, en ce qu'il implique à la fois le patient lui-même et la nature de sa relation avec le thérapeute. Ceci est tout particulièrement vrai dans la prise en charge des troubles de la sexualité dans leur spécificité liée à l'intime.

Cela étant, suivre uniquement le modèle parental du soin ne peut suffire à faire un thérapeute sérieux. C'est sans doute là que les thérapeutes autoproclamés ont à réfléchir : ils ne s'appuient que sur ce modèle sans vraiment le savoir.

Face à ce modèle parental du soin (expressif, thérapeutique), le modèle médical (cognitif, thérapeutique) est avant tout dissociatif. En effet, dans son « effort » pour guérir, le soin médical consiste à « isoler le mal, la partie du corps ou la fonction de l'organisme qui est atteinte ». Ce modèle répond à des besoins précis, à des pathologies déterminées, classifiées, et s'oppose au modèle parental dans la dimension du lien qui est alors cognitive, basée sur le savoir et les compétences techniques. Il serait ridicule d'opposer ces deux modèles en sexologie, d'encenser l'un et de diaboliser l'autre, c'est pourquoi notre rôle est de tenter de les faire cohabiter tout en mesurant les limites.

« Il n'en reste pas moins que la limite du premier modèle est celle d'une relation entre deux visages irremplaçables, alors que celle du second est une relation anonyme entre deux fonctions qui ne se distinguent plus que par leurs attributs les plus extérieurs, par la blouse blanche d'un côté et le pyjama de l'autre. » (Worms, 2010)

Nous sommes donc là au cœur de l'éthique du soin, dans son asymétrie, avec cette dialectique de la vulnérabilité et du pouvoir qui pose la question de l'autonomie et de la liberté du patient.

Toutes ces questions traversent profondément nos prises en charge qui sont, quelle que soit la demande, quelles que soient la gravité et l'intensité de la souffrance, toujours complexes. C'est cette complexité, chère à Edgar Morin, qui est passionnante.

Il y a donc un double sens au soin :

« l'attention mutuelle entre les hommes, mais aussi la précision méticuleuse qui seule préserve l'objet même de leur relation. Prendre soin, c'est à la fois se relier les uns aux autres et s'absorber dans le détail minutieux de la chose, avec le dévouement technique mis à la préserver de la dégradation ! Ainsi, devant les maux qui affectent les hommes, on pourrait exiger, sinon, la perfection de ces deux formes de soins, du moins le refus de leur double-contrainte, c'est-à-dire les formes les plus graves de la négligence » (Worms, 2010).

Si on entend toutes ces nuances de la notion de soin, alors oui, on peut parler de soin sexuel. Les trois filières de la sexologie, qui découlent des travaux sur la santé publique, et qui se croisent dans nos prises en charge, sont traversées par cette

sensibilité à la notion de soin que doit avoir tout intervenant, chacun avec sa spécificité et son niveau d'intervention.

Les trois fils de la sexologie : l'information, le conseil/éducation thérapeutique et la thérapie

Si la tâche principale du psychologue sexologue est la thérapie, il est concerné dans la pratique quotidienne par ces trois aspects. En effet, les patients demandeurs d'aide pour leur sexualité ou leur couple ne partent pas tous du même niveau d'expérience, de connaissances ou d'âge. Et si aujourd'hui on a l'impression que tout est dit par les médias, le registre du colloque singulier de la consultation donne une toute autre valeur à la transmission.

Si on prend l'exemple du premier niveau, celui de l'information sexuelle en consultation, nous sommes souvent surpris des idées fausses qui courent encore sur la sexualité. Les consultants interrogent aussi le praticien sur la physiologie sexuelle, sur les pratiques, et cet aspect concret de la consultation est un des volets incontournables en sexologie. Les dangers de l'information sexuelle sont la normalisation, le dogmatisme ou l'idéologie d'une part, et la projection d'autre part.

- **ce premier niveau d'intervention** justifie à lui seul l'exigence, pour le praticien, d'une constante remise en question par un engagement dans une supervision individuelle ou de groupe type Balint. Il en est de même pour l'éducation sexuelle à l'école, au collège ou au lycée. Celle-ci, dispensée par les professeurs de SVT¹, concerne plus particulièrement le psychologue qui travaille en milieu scolaire ;
- **le deuxième niveau est celui du conseil en sexologie.** Qu'entend-on par conseil ? Le *counseling* en santé sexuelle est défini par l'OMS comme un dispositif cadré qui vise à répondre aux questions précises des demandeurs sur des sujets généraux ou personnels liés à leur sexualité ou leurs relations affectives. L'intervention est limitée dans le temps dans l'ici et maintenant, cadrée autour de grands thèmes basés sur les critères d'évaluation de la santé sexuelle : critère physique et/ou de la fonction génitale, critère socioculturel, critère émotionnel ou de la fonction affective et enfin le critère psychologique ou de la fonction érotique. Cette évaluation donne des pistes précises au praticien pour « conseiller et orienter le patient ». L'intervention est courte, en général limitée à quelques séances, et peut déboucher sur une sexothérapie ou une psychothérapie à orientation sexologique ;

1. Sciences et vie de la terre.

- **ce troisième niveau, celui de la prise en charge thérapeutique en sexologie**, appelée aussi sexothérapie, s’appuie sur la définition de la psychothérapie en général. Son originalité réside dans le fait que la demande est d’emblée orientée vers la sexualité et que le symptôme est le plus souvent en premier plan de l’expression de cette demande.

Plusieurs critères la distinguent du conseil : elle est soutenue par une théorie (psychanalytique, systémique, cognitivo-comportementale...) ; elle se base sur une élaboration verbale qui inclut à la fois l’histoire du patient, la psychopathologie et les aspects psychodynamiques ; mais surtout elle s’appuie sur la relation privilégiée entre le patient et le thérapeute.

Trois niveaux se dessinent qui peuvent parfaitement s’appliquer à la psychothérapie en sexologie :

1. **la thérapie de soutien**, qui est dans l’esprit d’une consolidation de ce qui existe et dont l’objectif est d’aider le patient supporter ses difficultés ;
2. **la thérapie basée sur le changement**, centrée sur la résolution d’un problème, en l’occurrence ici sexuel ou relationnel ;
3. **la psychothérapie**, faisant appel à la psychologie des profondeurs et où le facteur temps, la place de la parole et l’importance de l’inconscient et de ses manifestations sont privilégiés à travers la relation thérapeute/patient. La psychothérapie, suivant les écoles, peut se traduire soit en termes de transfert/contre-transfert, soit en termes d’alliance thérapeutique.

Ces quelques bases posées, la psychothérapie appliquée aux troubles sexuels présente des spécificités. D’un côté la place essentielle du corps et de ses expressions qu’il est impossible d’exclure dans la prise en charge, l’aspect intégratif qui mène nécessairement le thérapeute à se décaler de ses engagements théorico-cliniques en faisant un pas de côté, la prise en compte du couple et de ses effets sur l’individu, et de l’autre côté le facteur temps nécessaire à l’élaboration psychique ainsi que la question du sens.

Dans ce modèle, on parle plus de processus d’évolution que de changement, le chemin parcouru par le patient étant plus important que le but premier à atteindre.

Les facteurs psychodynamiques en sexologie en sont les suivants :

- **l’expression libre**, qui met en évidence les résistances, les conflits, les représentations intimes qui mènent le sujet à appréhender progressivement la vraie nature de sa difficulté sexuelle ;
- **la dimension « cathartique » de l’expression** sous toutes ses formes (verbales, imaginaire, corporelle...), qui va mener à une libération émotionnelle des affects

auparavant refoulés ou ignorés et qui pourront être « analysés » et prendre sens pour le patient, éclairé par le thérapeute avec prudence dans les interprétations ;

- « **l'ouverture du champ de conscience sexuel** », très liée à la mise en place d'un nouveau système de pensée et de représentations, cette prise de conscience s'effectuant non pas à travers un lien de « cause à effet », mais par la chaîne de sens qui se construit petit à petit pour le patient dans des contenus psychiques liés à sa sexualité, restés pour lui jusque-là inaccessibles. Le rapport du sujet à son monde intérieur et intime, sa relation à sa sexualité évoluent alors vers une plus grande liberté, tandis que le rapport au monde extérieur à la fois structurel et dynamique s'éclaire et s'apaise.

Deux points sont à préciser :

1. ces trois niveaux – information, conseil, thérapie – se croisent et interagissent inévitablement dans la prise en charge globale et il est indispensable que le sexologue y soit sensible ;
2. il est important de différencier la thérapie en tant que telle et les « effets thérapeutiques », qui sont aussi présents dans des interventions ponctuelles ou de conseil.

Nous sommes au bord du lac Maréotis, au nord de l'Égypte, en allant vers l'ouest d'Alexandrie... Le jour se lève. D'un côté les rives pastel du lac, de l'autre le phare majestueux... lumineux... Nous sommes au début de notre ère... Du lac se dégage cet air léger et frais qui vient se mélanger aux brises salées de la mer... Mélange subtil des vents « venants du large et de ceux qui naissent sur les eaux du lac ». Sur la colline, en hauteur, vivent ainsi les Thérapeutes.

Ceux qui ont inspiré ce terme que nous utilisons aujourd'hui de façon si banale se sont installés là, entre cité utopique et communauté spirituelle...

Philon d'Alexandrie, philosophe de l'interprétation né avec notre ère, herméneute, nous dit : « l'homme est condamné à interpréter... C'est en cela qu'il est libre ». À la fois juif et platonicien, il nous décrit la vie de ces Thérapeutes dans le sens où on l'entendait alors *therapeutès* : servir, prendre soin, rendre un culte, mais aussi soigner, guérir.

Platon lui-même, dans le Gorgias, qualifie un cuisinier, un tisserand, de *therapeutès somatos* : qui a soin du corps. Pour Marc Aurèle, la *therapia* c'est « se garder de toute passion, de l'irréflexion et de l'humeur pour ce qui vient des dieux et des hommes. »

Pour Philon d'Alexandrie, le thérapeute est un « veilleur sur lui-même », il prend soin de son éthique en ce sens qu'il veille sur son désir. Il définit les Thérapeutes comme des hommes et des femmes qui aiment la sagesse, « des philosophes, chercheurs et amants de l'intelligence ».

LA SEXOLOGIE... UNE CONFLUENCE DE PENSÉES

4. Santé sexuelle, soin sexuel : un cadre pour le psychologue sexologue

« créatrice », « qui ne font pas que spéculer mais aussi se transformer, qui ne font pas que réparer le corps au fonctionnement défectueux mais créent en ouvrant la conscience¹ ».

Comme souvent chez les anciens tout est dit : à la fois la nécessité de la compétence, celle de l'expérience clinique qui s'enrichit elle-même de la relation et enfin l'importance du regard que le thérapeute porte sur lui-même.

En conclusion

La prise en charge des troubles sexuels peut s'établir sur plusieurs niveaux qui sont parfois concomitants, parfois isolés, tant dans leur utilisation que dans leurs effets.

BIBLIOGRAPHIE

ABRAHAM G. et PASINI W (1974), *Introduction à la sexologie médicale*, Paris, Payot.

GIAMI A. (2002), *Sexual Health : the Emergence, development and diversity of a concept*. *Ann rev Sex* ; XIII : 1-33.

SZTALRYD J. M. (1994), *L'intime civilisé, sexualité privée et intérêt public*, Coll. Sexualité Humaine, L'Harmattan.

WORMS F., (2010), *Le moment du soin, À quoi tenons-nous ?*, Coll. Éthique et philosophie morale, Paris, PUF.

1. Philon d'Alexandrie, *De vita contemplative (La Vie contemplative)*, écrit vers 10 CE.

5

L'EVIDENCE-BASED MEDICINE A-T-ELLE SA PLACE EN SEXOLOGIE ?

Audrey Gorin

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

D EPUIS QUELQUES ANNÉES, on assiste à une évolution des concepts en sexologie avec notamment l'apparition et la généralisation de termes tels que santé sexuelle et médecine sexuelle, qui remplacent parfois le terme de sexologie (par exemple, la World Association for Sexology est devenue en 2005 la World Association for Sexual Health). De même, la sexualité et ses troubles sont évoqués sous les termes de fonction/dysfonction sexuelle, qui renvoient aux seuls aspects anatomo-physiologiques de la sexualité. Ce sont d'ailleurs ces termes qui sont retenus pour caractériser les échelles d'évaluation de la fonction sexuelle telles que l'*International Index of Erectile Function* (IIEF) qui permet d'évaluer la fonction érectile de l'homme (Rosen *et al.*, 1997) et le *Female Sexual Function Index* (FSFI) qui évalue la fonction sexuelle de la femme (Rosen *et al.*, 2000). On est loin de la sexualité comme fonction érotique de Zwang (1972) ! On assiste ainsi à une médicalisation croissante de la sexologie avec notamment une place de plus en plus importante accordée à l'*Evidence-Based Medicine* dans le raisonnement, la pratique et la littérature sexologique. La richesse de notre discipline étant la pluridisciplinarité au sens médical/non médical du terme, l'EBM a-t-elle sa place en sexologie ?

Qu'est-ce que l'Evidence-Based Medicine ?

La traduction française de l'expression *Evidence-Based Medicine* ou EBM fait débat : médecine fondée sur les preuves, médecine fondée sur les faits, médecine factuelle... Elle se définit comme « l'utilisation consciencieuse et judicieuse des meilleures données (preuves) actuelles de la recherche clinique dans la prise en charge personnalisée de chaque patient. Sa pratique implique que l'on conjugue l'expertise clinique individuelle avec les meilleures preuves cliniques externes obtenues actuellement par la recherche systématique. Par expertise clinique individuelle on entend la capacité et le jugement que chaque clinicien acquiert par son expérience et sa pratique clinique » (Sackett *et al.*, 1996).

L'EBM combine ainsi :

- l'expertise du clinicien ;
- la recherche clinique (études de méthodologie rigoureuse avec essais randomisés en double aveugle préférentiellement, méta analyses...) ;
- et le patient.

L'EBM consiste donc à baser les décisions cliniques non seulement sur les connaissances théoriques, le jugement et l'expérience qui sont les principales composantes de la médecine traditionnelle, mais également sur des « preuves » scientifiques, tout en tenant compte des préférences des patients (Anonymous, 1992).



Il s'agissait initialement d'une méthode pédagogique d'analyse critique de la qualité scientifique des études dans le champ de la médecine. Le recours à l'EBM s'est généralisé à l'exercice médical et fait désormais partie intégrante de la pratique clinique.

Le concept d'EBM a été développé par des épidémiologistes canadiens de la McMaster Medical School au début des années 1980 (Rosenberg et Donald, 1995), puis adopté par la Cochrane Collaboration qui défend, depuis son origine, les essais

contrôlés randomisés ainsi qu'une méthodologie rigoureuse en recherche clinique (Chalmers, 1993).

Des débats persistent au sein de la communauté scientifique quant à la pertinence de l'EBM, ses objectifs et ses limites.

EBM et sexologie : des concepts compatibles ? _____

La dimension scientifique de la sexologie prend son essor aux États-Unis dans les années 1950 avec Alfred Charles Kinsey (1894-1956) qui publie le comportement sexuel de l'homme (1948) et le comportement sexuel de la femme (1953). Quelques années plus tard, les publications de *Human Sexual Response* de William H. Masters et Virginia E. Johnson en 1966 et du traité de sexothérapie *Human Sexual Inadequacy* en 1970 rencontrent un succès notable en France.

Ces travaux n'ont toutefois pas permis à la sexologie d'être reconnue comme une discipline qui pouvait avoir une dimension scientifique. Ainsi en France, jusqu'aux années 1970, les universités et les politiques se montrent méfiants vis-à-vis de la sexologie. Toutefois, sous l'impulsion des milieux professionnels associatifs, des enseignements universitaires sont mis en place dans les années 1970-1980, constituant une première étape vers une relative reconnaissance de notre discipline. Parallèlement à ces formations universitaires exclusivement dispensées dans les facultés de médecine, la recherche en sexologie se développe avec des travaux dont la méthodologie s'affine selon les critères de l'EBM (Bonierbale et Waynberg, 2007).

◆ Intérêt de l'EBM en sexologie

Ces travaux sont essentiels aux progrès et à la reconnaissance de la sexologie. En effet, ils permettent notamment :

- **de mieux comprendre les structures anatomiques et des mécanismes physiologiques impliqués dans la réponse sexuelle.** Par exemple, est parue en 2011 une étude de Komisaruk *et al.* qui réalimente le vieux débat sur l'orgasme féminin (clitoridien *versus* vaginal) en apportant de nouvelles connaissances sur sa neurophysiologie. En effet, ce travail utilise l'IRM fonctionnelle et montre que l'autostimulation du clitoris, du vagin et du col de l'utérus active des zones différentes du cortex sensoriel, mettant à mal la théorie clitoridienne (Kaplan, 1974 ; Hite, 1976 ; O'connell *et al.*, 2008) ;
- **de mettre en évidence les facteurs impliqués dans la survenue de troubles sexuels.** Par exemple, le travail de Granot *et al.* (2011), qui compare deux groupes de patientes (souffrant ou non de dyspareunie), a mis en évidence une

surreprésentation d'attachement « insécure » chez les femmes se plaignant de rapports douloureux. Les auteurs suggèrent qu'une psychothérapie centrée sur les relations interpersonnelles pourrait contribuer au succès de la prise en charge ;

- **d'évaluer l'efficacité de différents types de prise en charge et de traitements.** Par exemple, dans le domaine sanitaire, seules des études répondant aux critères de l'EBM permettent le développement et la commercialisation de nouvelles molécules. Ces dernières années, plusieurs études de méthodologie rigoureuse (Pastore *et al.*, 2012 ; Kaufman *et al.*, 2009 ; McMahon *et al.*, 2010...) ont démontré l'efficacité et l'innocuité d'une molécule qui sera prochainement commercialisée en France pour la prise en charge de l'éjaculation précoce (unique molécule ayant l'AMM dans cette indication).

Ces données, quand elles sont issues de travaux répondant aux exigences méthodologiques de l'EBM, font progresser nos connaissances, la sexologie et la qualité des soins prodigués à nos patients. En ce sens, une recherche de qualité dans la logique de l'EBM est indispensable aux progrès et à la reconnaissance de notre discipline.

◆ Limites de l'EBM

Toutefois, l'EBM comme paradigme dominant fait débat au sein de la communauté scientifique. De nombreuses réserves ont été émises :

- Même si ses fondateurs avaient conceptualisé l'EBM comme une triade patient-médecin-recherche, le poids des essais cliniques s'est de fait considérablement renforcé, au détriment des dimensions « patient » et « expertise du médecin ». Ainsi, la conceptualisation de la maladie et de son traitement repose sur des modèles statistiques qui n'envisagent pas le point de vue individuel du patient mais celui de la population de l'étude (Dominique Lecourt, 2004) ;
- En outre, il existe un certain nombre de maladies ou d'actes qui ne peuvent pas être appréhendés par l'EBM (Naylor, 1995), notamment dans des domaines aussi subjectifs et intimes que ceux de la sexualité, du couple...
- Enfin, l'EBM ne tient pas compte du contexte des troubles, c'est-à-dire des aspects sociaux, culturels, familiaux, psychiques... Or ces données contextuelles sont propres à l'individu et sont essentielles à la compréhension et à la prise en charge des troubles sexuels et des conjugopathies (Feinstein et Horwitz, 1997) ;
- Les informations valides et exactes aujourd'hui ne seront pas forcément valables demain (Feinstein et Horwitz, 1997) ;
- Pour des raisons principalement économiques, les recherches méthodologiquement rigoureuses (et notamment les essais randomisés en double aveugle sur de larges

échantillons) sont le plus souvent financées par l'industrie pharmaceutique. On peut dès lors se demander si le conflit d'intérêt qui en résulte est compatible avec le concept de fiabilité méthodologique.

- Enfin, toutes les équipes de recherche ont leur propre théorie sur le sujet étudié et les travaux réalisés visent à confirmer les hypothèses de travail. Or l'analyse statistique des données peut conduire à des résultats parfois contradictoires en fonction notamment du choix des variables utilisées, des items analysés... On peut supposer que l'analyse des données et le choix des résultats à publier soient influencés par leur adéquation ou non avec l'hypothèse de travail initiale. Il est d'ailleurs très rare de lire des études dont le résultat est négatif.

La recherche de données probantes ne doit donc pas remplacer la capacité de jugement du sexologue, qui doit relativiser les données de la recherche par une prise en compte contextualisée du patient. L'analyse critique d'articles présentés comme scientifiques devrait ainsi être systématiquement enseignée dans les universités.

En conclusion

Si l'EBM est nécessaire aux progrès des connaissances en matière de sexualité, il convient toutefois d'avoir une lecture critique des études publiées. C'est au sexologue d'intégrer les preuves à son expertise et de prendre en compte les choix du patient.

L'évolution actuelle semble toutefois privilégier l'EBM comme paradigme dominant, avec un glissement de la sexologie vers la médecine sexuelle. La sexologie est par nature multidimensionnelle puisqu'elle aborde les aspects physiologiques, psychiques, médico-sociaux et culturels de la sexualité à travers l'histoire singulière d'un individu et d'un couple. L'objet de la sexologie n'est pas simplement la fonction sexuelle mais le patient dans sa globalité, à qui son sexe donne son identité d'homme ou femme, que son désir anime, et ce dans une dialectique qui dépend de son histoire, de son environnement et de son couple réel ou imaginaire. En ce sens, la sexologie dépasse très largement le cadre médical. Le risque de l'EBM, en tant que paradigme dominant, n'est-il pas de voir disparaître la sexologie au profit de la médecine sexuelle ?

BIBLIOGRAPHIE

ANONYMOUS. (1992), Evidence-based medicine. A new approach to teaching the practice of medicine. Evidence-Based Medicine Working Group, *Journal of the American Medical Association*, 268, 2420-5.

BONIERBALE M. ET WAYNBERG J. (2007), « 70

ans de sexologie française », *Sexologies*, 16, 238-258

CHALMERS I. (1993), The Cochrane collaboration : preparing, maintaining, and disseminating systematic reviews of the effects of health care, *Annals of the New York Academy of Sciences*, 703, 156-63.

- FEINSTEIN AR, HORWITZ RI. (1997), Problems in the "evidence" of "evidence-based medicine", *American Journal of Medicine*, 103, 6, 529-35.
- GRANOT M, ZISMAN-ILANI Y, RAM E, GOLDSTICK O, YOVELL Y. (2011), Characteristics of attachment style in women with dyspareunia, *Journal of Sex et Marital Therapy*, 37, 1-16.
- HITE S. (1976), *The Hite Report : A nationwide study of female sexuality*, New York, Macmillan.
- KAPLAN HS. (1974), *The new sex therapy*. New York, Brunner/Mazel.
- KAUFMAN JM, ROSEN RC, MUDUMBI RV, TESFAYE F, HASHMONAY R, RIVAS D. (2009), Treatment benefit of dapoxetine for premature ejaculation : results from a placebo-controlled phase III trial, *British Journal of Urology International*, 103, 5, 651-8.
- KOMISARUK BR, WISE N, FRANGOS E, LIU WC, ALLEN K, (2011), Women's clitoris, vagina, and cervix mapped on the sensory cortex : fMRI evidence, *Journal of Sexual Medicine*, 8, 10, 2822-30.
- LECOURT D. (2004), *Dictionnaire de la pensée médicale*, réed PUF/Quadrige
- MCMAHON C, KIM SW, PARK NC, CHANG CP, RIVAS D, TESFAYE F, ROTHMAN M, AQUILINA J. (2010), *Journal of Sexual Medicine*, 7,1 Pt 1, 256-68.
- NAYLOR C.D. (1995), Grey zones of clinical practice : some limits to evidence- based medicine, *Lancet*, 345, 8953, 840-2
- O'CONNELL HE, EIZENBERG N, RAHMAN M. ET CLEEVE J. (2008), The anatomy of the distal vagina : Towards unity. *Journal of Sexual Medicine*, 5, 1 883-1891.
- PASTORE AL, PALLESCHI G, LETO A, PACINI L, IORI F, LEONARDO C, CARBONE A. (2012), A prospective randomized study to compare pelvic floor rehabilitation and dapoxetine for treatment of lifelong premature ejaculation. *International Journal of Andrology*, 35, 4, 528-33.
- ROSEN R, BROWN C, HEIMAN J, LEIBLUM S, MESTON C, SHABSIGH R, FERGUSON D, D'AGOSTINO R JR. (2000), The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function., *Journal of Sex and Marital Therapy*, 26, 2, 191-208.
- ROSEN R.C., RILEY A, WAGNER G, OSTERLOH IH, KIRKPATRICK J, MISHRA A. (1997), The international index of erectile function (IIEF): a multidimensional scale for assessment of erectile dysfunction., *Urology*, 49, 6, 822-30.
- ROSENBERG W, DONALD A. (1995), Evidence based medicine : an approach to clinical problem-solving, *British Medical Journal*, 310, 1122-6.
- SACKETT DL, ROSENBERG WM, GRAY JA, HAYNES RB, AND RICHARDSON WS. (1996), « Evidence based medicine : what it is and what it isn't », *British Medical Journal*, 312, 7023, 71 – 72.

Deuxième partie

CONNAÎTRE LE PSYCHOLOGUE SEXOLOGUE CLINICIEN

6	Psychologue-sexologue, une identité ?.....	44
7	Le psychologue face aux autres professionnels de santé sexuelle	53
	Pour clore cet état des lieux.....	64

6

PSYCHOLOGUE-SEXOLOGUE, UNE IDENTITÉ ?

Le psychologue et son autonomie revendiquée _____

Tout le monde est un peu « psychologue » !

Le passage de l'adjectif au substantif mérite qu'on s'y arrête quelques instants car être psychologue est à la fois un métier, une profession, une activité et une façon d'être. Là est son piège le plus fréquent et le plus dangereux, le leurre dans lequel certains s'engouffrent en s'autoproclamant psychologue ou en s'en octroyant la fonction. Il faut donc rappeler que la profession de psychologue est réglementée depuis la loi de 1985 dont voici le cadre juridique :

Les textes officiels qui régissent le titre de psychologue

- La loi 85-772 25 Juillet 1985, Article 44 en vigueur Modifié par Ordonnance n° 2010-177 du 23 février 2010 — art. 14.
- Le décret n° 90-255 du 22 mars 1990, version consolidée au 10 février 2005 fixant la liste des diplômes permettant de faire usage professionnel du titre de psychologue.
- L'arrêté du 19 mai 2006 relatif aux modalités d'organisation et de validation du stage professionnel prévu par le décret n° 90-255 du 22 mars 1990 modifié fixant la liste des diplômes permettant de faire usage professionnel du titre de psychologue.



L'usage professionnel du titre de psychologue est, depuis l'article 44 de la loi n° 85-772 du 25 juillet 1985, réservé à plusieurs catégories de personnes :

- aux personnes qui ont suivi une formation universitaire fondamentale et appliquée de haut niveau en psychologie, préparant à la vie professionnelle ;
- aux ressortissants d'un État membre de la Communauté européenne ou d'un autre État partie à l'accord sur l'Espace économique européen ou hors Espace économique européen (EEE) ;
- aux personnes qui exercent des fonctions de psychologue en qualité de fonctionnaire ou d'agent public.

La liste des diplômes et titres ouvrant droit à l'usage professionnel du titre de psychologue procède de plusieurs textes consultables sur le site du Syndicat des psychologues : www.psychologues.org

Pour les psychologues cliniciens, sur un plan légal, plusieurs points sont à rappeler :

- les obligations de tout professionnel de santé sont de s'inscrire sur la liste du répertoire ADELI, et les psychologues sont tenus de le faire à l'ARS du lieu de leur activité principale ;
- la circulaire DHOS/P 2/DREES n° 2003-143 du 21 mars 2003 relative à l'enregistrement des diplômes des psychologues au niveau départemental stipule les conditions d'inscription sur cette liste. Il est d'ailleurs précisé que les psychologues sont d'une certaine façon en marge des professionnels de santé : [*« B. - Vérifications à effectuer par vos services avant l'enregistrement des diplômes. D'une manière générale, les vérifications auxquelles il vous est demandé de procéder avant l'enregistrement des diplômes des personnes autorisées à faire usage professionnel du titre de psychologue, sont identiques à celles auxquelles vous procédez habituellement pour les autres professions. Votre attention est tout particulièrement appelée sur le fait que les psychologues ne sont pas des professionnels de santé ni des auxiliaires médicaux. »*]

Liste officielle des diplômes donnant droit au titre de psychologue clinicien

1. Diplôme de psychopathologie de l'université d'Aix-Marseille, puis de l'université Aix-Marseille-I ;
2. Diplôme de psychopathologie de l'université de Besançon ;
3. Diplôme d'études psychologiques et psychosociales, option Psychopathologie, de l'université de Bordeaux, puis de l'université Bordeaux-III, puis de l'université Bordeaux-II ;
4. Diplôme de psychologie pratique, option Psychopathologie ou option Psychopédagogie médico-sociale, de l'université de Clermont-Ferrand, puis de l'université Clermont-Ferrand-II ;

CONNAÎTRE LE PSYCHOLOGUE SEXOLOGUE CLINICIEN

6. Psychologue-sexologue, une identité ?

5. Diplôme de psychopathologie de l'université de Dijon ;
6. Diplôme de psychopathologie de l'université de Grenoble, puis de l'université Grenoble-II ;
7. Certificat d'études supérieures de psychologie pathologique de l'université Lille-III ;
8. Diplôme de psychologie pratique, option Psychopathologie ou option Psychopédagogie médico-sociale, de l'université de Lyon, puis de l'université Lyon-II ;
9. Diplôme de psychopathologie et de psychologie appliquée de l'université de Montpellier, puis de l'université Montpellier-III ;
10. Diplôme de psychologie pathologique de l'université de Nancy, puis de l'université Nancy-II ;
11. Diplôme de psychologie pathologique de l'Institut de Psychologie de l'université de Paris ;
12. Diplôme de psychopédagogie spéciale de l'institut de psychologie de l'université de Paris ;
13. Diplôme de psychologie pathologique de l'université Paris-V ;
14. Diplôme de psychologue clinicien de l'université Paris-VII ;
15. Certificat d'études supérieures de psychologie pathologique de l'université Paris-X ;
16. Diplôme de psychopathologie de l'université de Rennes, puis de l'université Rennes-II ;
17. Certificat d'études supérieures de psychologie pathologique de l'université de Strasbourg, puis de l'université Strasbourg-I ;
18. Diplôme de psychopathologie de l'université de Toulouse, puis de l'université Toulouse-II ;
19. Diplôme de psychologue-praticien délivré jusqu'au 31 décembre 1969 par l'Institut catholique de Paris ;
20. Diplôme de psychopathologie clinique délivré depuis le 1er janvier 1970 par l'Institut catholique de Paris. »

En matière d'imposition, les psychologues cliniciens sont exonérés de TVA ce qui n'est pas le cas pour les autres psychologues diplômés en dehors de la clinique.

Par ailleurs, l'article 261,4-1° du code général des impôts stipule :

« Sont exonérés de la taxe sur la valeur ajoutée : les soins dispensés aux personnes par les membres des professions médicales et paramédicales réglementées, par les praticiens autorisés à faire usage légalement du titre d'ostéopathe, et par les psychologues, psychanalystes et psychothérapeutes titulaires d'un des diplômes requis, à la date de sa délivrance, pour être recruté comme psychologue dans la fonction publique hospitalière ainsi que les travaux d'analyse de biologie médicale et les fournitures de prothèses dentaires par les dentistes et les prothésistes. »

Enfin pour ce qui concerne l'INSEE, voici comment se présente la nomenclature des psychologues cliniciens à vocation thérapeutique :

**PCS 2003 — Profession 311d
Psychologues, psychanalystes,
psychothérapeutes (non-médecins)**

3 Cadres et professions intellectuelles supérieures

31 Professions libérales et assimilés

31 Professions libérales

311d Psychologues, psychanalystes, psychothérapeutes (non-médecins)

Professionnels non-docteurs en médecine chargés d'analyser les phénomènes de la vie affective, intellectuelle et comportementale des personnes. Ils peuvent être chargés de mettre en œuvre des thérapies destinées à améliorer l'état psychologique de leurs patients.

Professions les plus typiques	Professions assimilées
Psychanalyste < non-médecin >	Analyste psychothérapeute
Psychologue < santé, action sociale >	< non-médecin >
Psychologue clinicien	Psychologue psychothérapeute
Psychothérapeute < non-médecin >	
Professions exclues	
Psychanalyste < médecin > - - - - > 311a	
Psychologue < enseignement scolaire et professionnel > - > 343a	
Psychologue < entreprise > - > 372c	

6. Psychologue-sexologue, une identité ?

Notons qu'une autre classe beaucoup plus floue concerne les psychologues à vocation non thérapeutique.

La formation du psychologue clinicien est donc sanctionnée aujourd'hui par un Master 2 et au minimum cinq années d'études universitaires. Le titre de psychologue permet l'exercice de la profession dans les domaines de la santé, de l'éducation spécialisée, de la justice et de la scolarité. Il offre une formation pratique de psychologues en psychologie des maladies somatiques, gériatrie, toxicomanie, alcoolisation, pathologies alimentaires, dépressions, psychoses, etc.

Pour élargir les champs d'application de la profession de psychologue, on peut nommer : le champ du travail et de l'entreprise, de la santé mentale, de l'expertise, de la justice, de l'éducation, de la fonction publique hospitalière ou territoriale.

Toute cette réglementation posée, l'ambiguïté reste, autour de la notion de profession de santé. Les psychologues s'opposent à la contrainte de la prescription dans un souci de liberté, ce qui pose la question souvent débattue du remboursement des actes par la Sécurité sociale et de la mainmise des médecins sur leurs fonctions.

Notons qu’aujourd’hui certaines mutuelles prennent en charge les consultations de psychologues sur facture. Par ailleurs, s’il n’existe pas à ce jour d’Ordre des Psychologues, il y a des organisations professionnelles reconnues qui travaillent en synergie notamment sur les questions d’éthique et de déontologie. Aujourd’hui le code est en pleine refonte (le dernier en date est de 1996) : le Groupe inter organisationnel pour la réglementation de la déontologie des psychologues (GIRÉDÉP) propose un « nouveau code » à la signature de diverses organisations associatives et syndicales¹.

« La déontologie des psychologues a pour valeur centrale le respect de la personne. Il s’ensuit des recommandations qui valent pour tous les psychologues, quels que soient leur spécialité et leur lieu d’exercice. Elles visent à orienter leur action en mettant l’accent sur leur responsabilité couplée à leur indépendance professionnelle » (Bourguignon, 2009).

Tout ceci porte à admettre que seuls les psychologues cliniciens sont habilités à faire du « soin », ce qui a été d’ailleurs confirmé par la toute récente modification à la loi sur la réglementation de la profession de psychothérapeute donnant plein droit, sans restriction et sans formations complémentaires en psychopathologie, aux psychologues cliniciens dûment formés au même titre que les psychiatres.

L’application de cette loi est précisée par le décret n° 2010-534 du 20 mai 2010 relatif à l’usage du titre de psychothérapeute, consolidé au 9 mai 2012².

Enfin, et pour être dans l’actualité de la profession (7 mai 2012), la toute dernière Fiche Métier confirme une autonomie technique du psychologue en institution élaborée par différentes organisations syndicales et adoptée par la fonction publique hospitalière. La définition de la profession est déclinée de la façon suivante :

« Concevoir, élaborer et mettre en œuvre des actions préventives, curatives et de recherche à travers une démarche professionnelle propre prenant en compte les rapports réciproques entre la vie psychique et les comportements individuels et collectifs, afin de promouvoir l’autonomie de la personnalité » (*Journal des psychologues*, Rémy Mervelet, 2012).

Les activités du psychologue concernent trois pôles : les activités cliniques auprès des patients, les activités cliniques institutionnelles et les activités de formation, d’information et de recherche. Ceci pourrait être une bonne base pour définir un jour une profession de sexologue.

1. *Journal des psychologues*, n° 293, déc.-janv. 2012.

2. Voir site du SNP : www.psychologues.org.

Se spécialiser en sexologie ? _____

Si la sexologie n'est pas une spécialité médicale au sens strict, elle est pour de nombreux professionnels une compétence qui conditionne une pratique soit partielle, soit exclusive. Ceci est vrai aussi pour les psychologues qui font partie des sept professions habilitées aujourd'hui à passer l'examen national : le Diplôme Inter Universitaire de Sexologie pour les médecins généralistes ou spécialistes et le Diplôme Inter Universitaire d'Études de la Sexualité Humaine pour les psychologues, infirmiers, sages-femmes, kinésithérapeutes, psychomotriciens, pharmaciens. La sexologie en France est enseignée dans les DIU de onze pôles universitaires (Bordeaux, Clermont-Ferrand, Lille-Amiens, Lyon, Marseille, Metz-Reims-Dijon, Montpellier, Nantes-Grand Ouest, Paris V, Paris XIII et Toulouse) et leur programme d'études en trois ans est commun ainsi que sa validation. Il existe également dans plusieurs universités des DU consacrés au conseil, à l'éducation ainsi qu'à la santé publique notamment à Paris VII, un DU de Conseil en Santé sexuelle et Droits Humains.

Le contenu du programme proposé est adapté à la nécessité des connaissances de base que chaque profession doit intégrer, et en particulier celles qui ne sont pas dans son champ d'origine : un médecin aura plus particulièrement à intégrer des notions psychologiques et psychopathologiques, un psychologue à apprendre les notions de bases de biologie, d'anatomophysiologie, d'endocrinologie ou de pharmacologie sexuelle par exemple.

Ainsi, c'est sur les connaissances de base que se feront surtout les différences et les axes à perfectionner. Sur le plan clinique, la consultation, la demande, l'examen, les dysfonctions, sont autant de domaines sur lesquels les professionnels de santé concernés ont tout à apprendre et à intégrer. Enfin sur le plan thérapeutique, le travail en atelier et en groupe de travail mélangeant les différentes professions de base est très enrichissant pour chaque professionnel.

Là encore réside l'originalité et le creuset de la sexologie : dans son aspect transversal, toujours basé sur l'expérience d'un praticien dans sa profession d'origine mais avec les apports indispensables des autres disciplines.

La formation continue en sexologie, qu'elle soit médicale, sur des thèmes sexologiques ou des approches thérapeutiques, est aujourd'hui en pleine expansion et absolument nécessaire à la fois pour la mise à jour des connaissances scientifiques et pour le travail de fond que chaque praticien doit faire sur sa pratique quotidienne, dans sa relation à ses patients. C'est en ce sens que les associations comme l'AIUS, l'ASCLiF et la SFSC, regroupées en fédération (FF3S)¹, organisent chaque année les

1. Fédération Française de Sexologie et de Santé Sexuelle.

assises de la sexologie et de la santé sexuelle et mettent en œuvre des programmes de formation continue¹.

Mais force est de le souligner, l'identité de chaque profession doit être respectée car tout ceci ne fera pas du médecin un psychologue clinicien, ni du psychologue un médecin !

Le champ d'action du psychologue en sexologie : la psychodynamique sexuelle

Une fois ce cadre posé quels sont les différents cas de figure d'une mise pratique de la sexologie pour le psychologue ? Seul le psychologue clinicien devrait en principe avoir accès au soin thérapeutique en sexologie. Tout autre professionnel, psychologue social ou psychologue du travail, n'est pas dans le champ de la clinique. C'est cette particularité de la clinique qui spécifie l'axe thérapeutique, quelle que soit sa nature. Nous n'insisterons jamais assez sur la nécessité d'une connaissance en psychopathologie sérieuse pour prendre en charge des troubles sexuels qui s'inscrivent dans une histoire souvent complexe.

Ainsi, la demande étant exprimée la plupart du temps de façon symptomatique par le sujet, le premier rôle du psychologue est de se distancier du symptôme sexuel pour écouter d'abord son patient et en saisir l'expression inscrite plus largement dans sa vie, souvent de façon cachée.

Mais qu'appelle-t-on psychodynamique sexuelle ? Le terme psychodynamique était initialement utilisé par Joy Paul Guilford et désignait alors l'étude des relations entre réponses aux stimuli (1940). Actuellement, le terme est souvent utilisé (à tort) comme équivalent de l'adjectif *psychanalytique*. Il a pris ce sens à la suite des écrits de Henri F. Ellenberger qui parle de *psychiatrie dynamique*, terme sous lequel il regroupe la psychanalyse, la psychologie analytique, la psychologie d'Alfred Adler, celle de Pierre Janet...

Pour le psychologue sexologue clinicien, « psychodynamique » renvoie à l'idée d'un « psychisme en mouvement » qui prend en compte les rapports du conscient et de l'inconscient à travers les comportements et le corps, le sens du symptôme sexuel, son « imprégnation » psychopathologique, les interactions entre la parole, le corps et la relation sexuelle, affective et émotionnelle. Il s'agit d'un travail qui peut avoir différents niveaux de profondeur. Parler de « psychisme en mouvement », c'est donc mettre en avant la « dimension psychogène » des troubles sexuels. Nous savons

1. Voir les programmes sur les sites respectifs AIUS, ASCLiF, SFSC dans le carnet pratique.

que la dynamique psychique intervient de façon très présente dans les différentes dysfonctions mais avant tout dans la sexualité tout court.

M. et M^{me} K, la quarantaine, consultent ensemble. Madame s'exprime en premier en prenant une position mi-coupable, mi-provocatrice : « Voilà... nous venons parce j'ai trompé mon mari... » Il lui sera très difficile ensuite de parler tant son mari va « emboliser » la séance par une parole très prolixe et très tendue. Il parle à sa place, lui coupe la parole, exprime sa souffrance face à ce qu'il appelle « la trahison ». Lorsque la question de leur sexualité durant ces 20 ans de couple « de vieux ados » (ils se sont connus au lycée) se pose, il répond instantanément, sans distance : « Elle a été ma seule partenaire. Elle ne répondait pas à mes besoins et j'ai dû faire avec. » Ce qui est frappant, c'est sa façon très angoissée de penser à la place de sa femme, anticipant ses réponses laissant entrevoir une dynamique inconsciente très « fusionnelle ». Il a été jusqu'à téléphoner à l'amant, le « beau pompier » source de son malheur, comme pour s'approprier la relation extraconjugale ! D'autre part, sa sexualité est exprimée en termes de besoin, comme une nécessité impérieuse de dégager une tension sans prendre en compte l'autre. L'atteinte narcissique est énorme et cette première consultation va mettre en évidence les processus primaires mis à l'œuvre, la dimension très archaïque de la relation tant affective que sexuelle, et la tentative inconsciente de cette femme de s'en dégager (elle finira par demander le divorce)...

Que retenir pour le sexologue ?

Ne pas faire cette lecture « entre les lignes » reviendrait à ignorer ce qui, dans cette histoire, constitue une des pièces maîtresse du puzzle : la partie immergée de l'iceberg. Au-delà des effets émotionnels de la découverte, de la rivalité qui a fait irruption violemment dans ce couple, de l'espace de liberté que cette femme a pu s'autoriser, ce n'est qu'à partir de cette lecture que la stratégie thérapeutique pourra se mettre en œuvre. Il leur sera proposé de faire un travail individuel pendant quelque temps, ce qu'ils feront, avant de penser à une éventuelle thérapie de couple qui, finalement, n'aura pas lieu. L'acceptation (plus difficile et plus complexe pour lui) de s'engager ce travail individuel sera capital et leur permettra d'accéder à un espace psychique personnel. Dans ce contexte, la difficulté était le sens du choix stratégique.

La lecture psychodynamique individuelle inscrite dans la relation duelle a été très éclairante et a permis d'envisager la suite plus sereinement.

En conclusion

La question de l'identité du psychologue sexologue ne peut se définir que sur les bases solides qui l'ont façonné au cours de ses études, de son expérience, et surtout qui vont lui permettre de toujours prendre une distance face à la « mécanique » sexuelle, qui certes est importante, mais qui est elle-même dépendante de nombreux corollaires dans une unité somatopsychique.

BIBLIOGRAPHIE

BRENOT P. (2012), *Qu'est-ce que la sexologie*, Petite Bibliothèque, Paris, Payot, p. 88-92.

Bourguignon O. (2009), *La déontologie des psychologues*, Coll. 128, Paris, A. Colin.

MERVELET, R. (2012), Fonction publique hospitalière, Négociation à la DGS : la fin du tunnel, *Journal des Psychologues*, n° 299, Juillet/Août 2012.

7

LE PSYCHOLOGUE FACE AUX AUTRES PROFESSIONNELS DE SANTÉ SEXUELLE

COMME DANS TOUTE FAMILLE recomposée, chacun a sa place. Le psychologue a la sienne parmi d'autres professionnels de la santé. Nous allons nous arrêter sur ces relations spécifiques entre spécialistes, tous réunis par un même intérêt pour la sexualité humaine.

Pour tous ces professionnels, deux cas de figure se dessinent : ceux qui sont formés à la sexologie et qui connaissent les limites de leurs compétences seront capables de faire une évaluation globale, tandis que ceux qui ne sont pas formés particulièrement à l'écoute « sexologique » et la prise en charge orienteront leur patient vers un autre praticien. Cette collaboration peut se faire soit dans un service hospitalier avec une équipe pluridisciplinaire, soit en ville entre praticiens libéraux.

« Passer la main » après avoir reçu du patient une « confiance » sur son intimité, qu'elle soit sexuelle ou affective, demande toujours de la prudence, du « feeling », de la délicatesse, et souvent du temps.

Le psychologue et le médecin généraliste

La consultation du médecin généraliste et/ou du médecin de famille peut être l’occasion de l’expression d’une plainte sexuelle, par la confiance qui s’est installée au fil du temps avec son patient, sous le sceau du secret professionnel. Si le médecin est formé à la sexologie, il saura recueillir cette plainte de son patient qui s’inscrira dans un tableau clinique connu et maîtrisé. Le médecin sera à ce titre le professionnel le plus compétent pour la prescription médicamenteuse de substances sexo-actives. Par ailleurs, le médecin généraliste est souvent le meilleur interlocuteur pour ce qui concerne les effets iatrogènes des médicaments sur la sexualité. Il saura donc écouter avec toutes les nuances et la prudence requises, pourra faire un bilan sur la fonctionnalité sexuelle et pourra ainsi orienter vers le psychologue sexologue s’il considère que la genèse du problème est complexe, s’il pense que la dimension psychogène est évidente ou s’il juge qu’un accompagnement complémentaire en sexothérapie analytique est nécessaire. Tout dépendra donc à la fois de son degré de compétence et de formation, ainsi que du temps qu’il peut consacrer aux prises en charge sexologique dans sa clientèle. La demande de consultation pour état dépressif étant « le pain quotidien » du médecin généraliste et sachant que les liens entre dépressions et troubles sexuels sont étroits, il n’est pas étonnant qu’il soit confronté un jour ou l’autre de telles demandes, formulées plus ou moins clairement d’ailleurs. Car certains patients hésitent par pudeur à parler de ces difficultés au médecin qui d’habitude soigne les angines et les maux de dos !

Même « non-sexologue », tout médecin devrait pouvoir au moins orienter son patient et pour cela avoir reçu la formation minimum nécessaire pour évaluer la demande. Malheureusement, la sexualité n’est que très peu abordée dans les études de base en médecine. Dans un récent article, Alain Giami montre comment la spécialisation informelle en sexologie est influencée par des dimensions psychosociales (gestion de la relation, appartenance de genre) (Giami, 2010). Certaines facultés comme Paris XIII proposent des modules intégrés aux études classiques, mais cela reste rare et très limité dans le temps. C’est d’ailleurs en ce sens qu’ont été élaborées les recommandations aux MG notamment en matière de dysfonctions érectiles¹ que l’on peut trouver sur le site de l’AIUS. Le psychologue pourra ainsi travailler en collaboration directe avec le médecin dans une vision globale et intrapsychique si la nécessité s’en fait sentir.

1. Prise en charge de la dysfonction érectile. Recommandations aux médecins généralistes pour la prise en charge de première intention de la dysfonction érectile (réactualisation 2010). Sous l’égide de l’AIHUS et de la FF3S (Fédération française de sexologie et de santé sexuelle), avec le soutien de la SFSC. Document à télécharger sur aius.fr.

Le psychologue et les médecins spécialistes

De nombreux spécialistes se forment à la sexologie. Parmi eux, une majorité de gynécologues, d'urologues et de psychiatres. Endocrinologues, cardiologues, dermatologues et autres spécialistes peuvent aussi accéder aux formations universitaires en sexologie mais ils restent très peu à s'engager dans cette voie.

Le domaine de la gynécologie est par nature très proche de la sexologie. Une consultation qui, au départ peut sembler de routine, est souvent l'occasion pour les femmes d'exprimer une souffrance sexuelle. La confiance nécessaire à la proximité corporelle dans l'examen clinique, la dimension intime et très personnelle de la consultation, la perspicacité professionnelle du gynécologue donnent souvent lieu à une libération de la parole de la patiente, permettant de se dégager de la stricte vision médicale du problème. Les interactions entre le corps et l'esprit sont très opérantes et une « simple » mycose peut ainsi révéler une problématique et une souffrance insoupçonnées. Tout dépendra, là encore, de la formation en sexologie du gynécologue qui pourra accompagner sa patiente jusqu'à un certain point. Les grandes étapes de la vie sexuelle de la femme, de l'adolescence à la post-ménopause en passant bien entendu par la procréation et les remaniements intrapsychiques de la grossesse seront autant d'occasions pour les patientes d'exprimer une demande. Le gynécologue est donc au premier plan de la demande sexologique et le psychologue peut suivant les cas soit prendre le relais pour les cas plus complexes sur le plan de la psychologie des profondeurs, en établissant un bilan sexo-psychologique permettant à la patiente de donner du sens à sa difficulté qu'elle soit primaire ou secondaire, soit adresser ses propres patientes s'il a un doute sur une cause organique du trouble. La collaboration est donc très étroite entre eux.

Citons entre autres Sylvain Mimoun qui a largement contribué à « vulgariser » avec sérieux la sexologie en publiant de nombreux ouvrages. Le docteur André Durandeu, gynécologue et psychosomaticien, auquel les gynécologues obstétriciens Nathan Wrobel et Jean Claude Haddad ont emboîté le pas, a également été à l'origine du diplôme de sexologie de Paris XIII avec Suzanne Képès. Puis les psychologues Jean-Marie Szaldryd et Joëlle Mignot¹ ont continué dans cette voie en privilégiant la prise en charge de l'individu dans sa globalité, en intégrant l'art et la psychanalyse aux études universitaires sur la sexualité humaine et enfin en privilégiant la relation comme vecteur thérapeutique.

Citons également l'équipe de sexologie de Toulouse, les gynécologues Catherine Cabanis et Michelle Bonal qui ont également largement contribué à l'ouverture

1. Responsables du DIU de Sexologie de Paris XIII.

de la sexologie vers des approches intégratives et des pratiques comme l'approche sexocorporelle du Canadien Jean Yves Desjardins. Les Dr Francis Collier et Patrick Leuillet ont su donner aussi cette impulsion aux universités de Lille et d'Amiens, ainsi que Patrice Lopes dans le diplôme de sexologie du Grand Ouest. La Société française de sexologie clinique, sous l'impulsion de Marc Ganem, lui aussi gynécologue obstétricien, a largement apporté sa pierre au développement de la sexologie.

Il en est de même dans l'articulation avec l'**urologue** dans sa fonction médicale et chirurgicale. La spécialité a été très sollicitée il y a quelques années au moment de l'arrivée sur le marché des médicaments sexo-actifs mais aussi pour les poses de prothèses péniennes et leurs conséquences. Beaucoup d'urologues se sont alors formés à la sexologie et/ou à l'andrologie pour élargir leurs connaissances et accompagner au mieux la prescription de leurs patients. Dans le même temps, ils ont été pour certains à l'origine de recherches concernant la dysfonction érectile et dans une certaine mesure l'éjaculation précoce. Nous pouvons citer entre autres les travaux du professeur Pierre Costa (4) du CHU de Nîmes et ceux du professeur François Guiliano, mais aussi les professeurs Albert Leriche, chirurgien urologique et du transsexualisme et Hervé Lejeune de l'Université de Lyon pour l'andrologie.

Tous ont été très sensibles à l'interactivité avec le psychologue sexologue au point de les intégrer à leur service d'urologie. Ils ont été en cela des précurseurs de la pluridisciplinarité et leur recherche scientifique a été également un apport et un exemple pour une sexologie certes très humaniste, mais qui à l'origine pouvait manquer de rigueur.

Les psychiatres et les psychologues sexologues ont des approches très « cousines ». Les deux professions sont habilitées aujourd'hui à faire des psychothérapies et donc des sexothérapies. La grande différence reste la possibilité pour le psychiatre de prescrire des médicaments mais aussi pour le psychologue clinicien d'avoir une formation souvent plus large en psychopathologie et moins contrainte par les classifications internationales. Le formatage « médical » très marqué en psychiatrie (CIM et DSM) pose un cadre dans lequel les jeunes psychiatres doivent évoluer. Ils doivent aussi naviguer, dans leur prise en charge des troubles sexuels, entre prescription médicamenteuse et sexothérapie, ce qui n'est pas simple. Plus largement, le lien entre sexologie et troubles mentaux, l'accompagnement des dépressions, des troubles bipolaires ou des psychoses, la prise en charge des abuseurs sexuels ou le travail en maison d'arrêt, montrent la nécessaire collaboration entre le psychologue et le psychiatre.

Philippe Brenot, anthropologue et psychiatre avec Nadine Grafeille à Bordeaux puis à Paris, Mireille Bonierbale et Robert Porto à Marseille, Gérard Ribes et Marie Chevret-Measson à Lyon, tous ont été, en tant que psychiatres, les pionniers en France du développement de la sexologie à l'université.

Le psychologue sexologue et les autres professionnels de santé

Parmi les cinq autres professions habilitées aujourd'hui à préparer l'examen national du DIU de sexualité humaine, nous retrouvons les professions définies comme paramédicales :

- **le masseur-kinésithérapeute sexologue clinicien** est un des interlocuteurs privilégié du psychologue en particulier dans le domaine de rééducation périnéale, spécialité qui requiert une connaissance approfondie de la sexualité humaine pour plusieurs raisons : l'acte, le « geste » touche à l'intime « le plus intime » des femmes qui sont elles-mêmes dans une période de leur vie émotionnellement et psychiquement bousculée par la venue d'un enfant. Le rapport au corps peut être douloureux et la sexualité du couple est en pleine réorganisation après une grossesse et un accouchement. D'autres périodes de vie peuvent appeler aussi ce type de travail notamment quand les problèmes urinaires accompagnent le vieillissement, les suites d'opérations de la prostate par exemple. Le kinésithérapeute est le thérapeute du corps par excellence et le sens des douleurs corporelles, comme celle du dos liées au stress intense, sont souvent en lien avec à la sexualité et à ses avatars. Il touche, il masse et ce rapport direct avec le corps et son énergie en fait un professionnel indispensable dans la chaîne de prise en charge. Cette approche plus directe du corps convient parfaitement à certains patients souffrant dans leur sexualité et c'est en cela que la formation de sexologue pour des kinésithérapeutes réputées comme Martine Potentier et Laure Mourichon est tout à fait primordiale ;
- **les sages-femmes** sont elles aussi concernées et beaucoup deviennent « sexologues » après un long parcours dans les services de maternité. Là encore, tout ce qui tourne autour de la grossesse, avant, pendant et après, influence la sexualité des femmes mais aussi celles des hommes et par conséquent des couples. Elles sont là bien sûr pour conseiller sur la fonctionnalité sexuelle, pour répondre aux questions des patientes qui ne manquent pas d'émerger dans cette période de grande modification psychique¹, pour évaluer un symptôme sexuel, mais aussi pour orienter si nécessaire. Et la collaboration avec le psychologue est tout à fait indispensable, notamment lorsque les femmes sont en souffrance extrême, en risque pour elle-même ou pour leur enfant. La dépression du post-partum en est un exemple parmi d'autres. Les éléments de psychologie intégrés aux études de sexologie peuvent leur apporter les repères psychopathologiques de base pour évaluer les risques et proposer une prise en charge psychothérapique. Des sages-femmes sexologues comme Chantal

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

1. Notion de transparence psychique de la femme enceinte proposée par Monique Bidlowski.

- Fabre-Clergue à Marseille ouvrent les portes de cet accompagnement à la fois de la femme enceinte et de la suite de couches à travers la prise en charge sexologique ;
- **les psychomotriciens sexologues** sont eux aussi des spécialistes du corps. Somme toute, ils sont assez peu formés en sexologie. Bernadette Garcin Marou est une des pionnières de la profession et propose un travail de prise de conscience des ressentis corporels et sur l'image du corps dans toutes ses dimensions énergétique, sensuelle, excitatoire... Le monde du handicap et toutes les problématiques inhérentes à la sexualité de la personne en situation de handicap sollicitent le psychomotricien dans sa pratique quotidienne. Le psychomotricien et sexologue François Crochon (Lyon)¹ s'est fortement engagé dans cette bataille de la sexualité face au handicap physique, malgré les polémiques en France pour ce qui concerne les assistants sexuels. Là encore, la collaboration avec le psychologue sexologue clinicien est très fructueuse notamment dans le travail en institution ;
 - **l'infirmier(ère)** est aussi au tout premier plan de la relation au corps intime à travers sa spécialisation dans le soin. Connaître les bases de la sexualité humaine et ses différents volets va lui permettre d'entendre d'une tout autre façon la plainte du patient hospitalisé ou en soin à domicile. Cela peut être aussi pour l'infirmier(ère) une façon de s'aguerrir, d'apprivoiser le trouble, la crainte que peuvent susciter les réactions de certains patients. Le domaine de la gériatrie avec toutes les problématiques de la sexualité des personnes âgées sollicite souvent profondément ces professionnels de la santé qui sont dans une proximité parfois déroutante avec leur patient. Enfin toutes les difficultés autour de la douleur, en particulier chronique, de la maladie grave à la fin de vie, interrogent aussi l'infirmier dans son quotidien de soignant avec toutes les répercussions sur la vie affective et sexuelle ; Une toute récente étude menée sur 64 infirmières (Giami *et al*, 2013) et soignants dans le domaine du cancer montre combien la relation de soins est liée à l'érotisation dans ses effets positifs et négatifs.
 - nous terminerons par **le pharmacien**, qui reste le plus « rare » des sexologues, mais qui fait tout de même partie des professions de base pouvant être formées à cette discipline. Sa connaissance de la pharmacopée et des effets des substances chimiques sur les comportements sexuels en font un allié précieux pour le psychologue, pas toujours formé dans ce domaine.

1. Voir la 83^e rencontre du Crips du 19 mars 2012 sur Sexualités et personnes en situation de handicap physique.

Le psychologue et les professions de conseil et éducation en sexologie

Si sept professions passent aujourd'hui l'examen national, deux catégories professionnelles peuvent également être formées à la sexologie sous sa forme de conseil et d'éducation : les conseillers conjugaux et les enseignants dans leur fonction d'éducation à la sexualité.

Les conseillers conjugaux sont au premier plan des demandes de couple, qu'ils soient dans des associations, au planning familial ou en libéral. Leur rôle est clairement défini. L'AFCCC, Association française des centres de consultations conjugales, définit la formation et donc les orientations de la profession de la façon suivante :

Formation agréée par le ministère des Affaires sociales et conforme à l'arrêté du 3 décembre 2010¹

- Acquérir les compétences spécifiques pour exercer des activités de conseil conjugal et familial, information, prévention, et aide psychologique dans le domaine du couple et de la famille.
- Appréhender une meilleure approche du couple et de la famille pour des professionnels du secteur social, médical, éducatif souhaitant poursuivre leurs activités actuelles.

La clinique psychanalytique de couple dont le psychanalyste Jean Lemaire a été le chef de file caractérise l'orientation privilégiée de l'AFCCC (Association Française des Centres de Consultation Conjugale). L'Association nationale des conseillers conjugaux et familiaux, créée en 1976, est l'instance représentative des conseillers conjugaux et familiaux en France. D'autres associations comme le CLER amour et famille, la Fédération nationale des parents et des éducateurs (FNEPE), le Planning Familial forment des conseillers conjugaux compétents. Aujourd'hui, le Conseil supérieur de l'information sexuelle (CSIS) accrédite ces formations qui doivent comporter 400 heures d'enseignement à la fois théorique et pratique avec au moins deux stages de 40 heures chacun.

Définition de l'action et intervention du conseiller conjugal selon le référentiel professionnel

La fonction de conseiller conjugal et familial (CCF) est définie par le décret n° 93-454 du 23 mars 1993 et l'arrêté de la même date. Celui-ci précise que la mission du CCF s'exerce

1. Arrêté du 3 décembre 2010 relatif à la formation des personnels intervenant dans les centres de planification ou d'éducation familiale et dans les établissements d'information, de consultation ou de conseil familial.

spécifiquement dans le champ de la sexualité dans ses dimensions affectives, relationnelles et sociales. Son intervention est destinée à une personne (quel que soit l'âge), un couple, une famille ou un groupe, avec comme finalité l'éducation à la sexualité ainsi que l'aide aux personnes en situation de conflit ou victimes de violences intrafamiliales, sexistes, sexuelles. L'action du CCF s'inscrit aussi en prévention dans le cadre de la promotion de la santé (définie dans le sens de l'OMS [1]). Elle s'exerce plus particulièrement dans le domaine de la vie affective et sexuelle (aide au respect de soi, de l'autre, dans un lien amoureux, aide au choix contraceptif, préparation à la parentalité, etc.). La/le CCF intervient à la demande des personnes (individu-couple-familles), des professionnels ou des institutions. En fonction de la nature de la demande, elle/il engage une intervention individuelle et/ou collective. Elle/il peut mettre aussi en œuvre une fonction d'orientation. Dans le cadre de ses consultations, la/le CCF conduit des entretiens. Dans ce cadre, elle/il exerce une fonction d'aide basée sur l'écoute et le counseling (2). Elle/il favorise l'ouverture d'une réflexion, accompagne la personne dans la prise des décisions les mieux adaptées à sa situation et à son mieux-être. Son intervention vise à permettre à la personne de se (re)situer dans son contexte sociétal, social, familial et personnel. Dans les situations de violences physiques et/ou morales, il/elle aide la personne à revaloriser sa propre estime et à se situer en tant que sujet et non comme objet de discrimination ou de maltraitance.

Les six compétences clairement définies du conseil conjugal sont les suivantes :

1. accueil-écoute active ;
2. accompagnement ;
3. conduite de projet (individuel, collectif, de territoire) ;
4. conduite d'interventions collectives (animation de groupe) ;
5. travail en équipe et constitution de réseaux de partenaires ;
6. communication écrite et orale.

Elles s'orientent exclusivement vers le conseil, « counseling » et non pas vers la thérapie qui reste le champ privilégié du psychologue. Si les frontières entre les deux professions sont souvent très ténues dans la pratique, elles sont très claires dans la définition professionnelle. La réglementation en matière de psychothérapie qui n'autorise que les psychiatres et les psychologues à être psychothérapeute renforce le distinguo.

Sur le plan de l'éducation sexuelle, si le psychologue (scolaire ou extérieur à l'établissement) peut être appelé à intervenir dans les classes, c'est le plus souvent en complément des programmes officiels de l'Éducation Nationale. C'est dans le cadre d'une politique éducative de santé que l'éducation sexuelle, l'accès à la contraception, la prévention des IST et du sida, s'inscrivent parmi les objectifs principaux.

Deux axes la définissent ¹ :

- **L'apprentissage d'un comportement responsable.** L'éducation à la sexualité en milieu scolaire contribue à l'apprentissage d'un comportement responsable, dans le respect de soi et des autres.

L'éducation à la sexualité est une démarche éducative qui vise à :

- apporter aux élèves des informations objectives et des connaissances scientifiques,
- identifier les différentes dimensions de la sexualité : biologique, affective, culturelle, éthique, sociale, juridique,
- développer l'exercice de l'esprit critique,
- favoriser des comportements responsables individuels et collectifs (prévention, protection de soi et des autres),
- faire connaître les ressources spécifiques d'information, d'aide et de soutien dans et à l'extérieur de l'établissement.

Cette démarche s'inscrit dans la politique nationale :

- de prévention et de réduction des risques : grossesses précoces non désirées, mariages forcés, infections sexuellement transmissibles, VIH/sida,
- de lutte contre les comportements homophobes, sexistes et contre les violences sexuelles,
- de l'égalité entre les femmes et les hommes ;

- **La mise en œuvre par les enseignants et les personnels de la communauté éducative** : tous les membres de la communauté éducative participent à la construction individuelle et sociale des enfants et des adolescents. Ils contribuent à développer chez les élèves le respect de soi, de l'autre, et l'acceptation des différences. Cette éducation intègre une réflexion sur les dimensions affectives, culturelles et éthiques de la sexualité.

Éducation à la sexualité dans les écoles, les collèges et les lycées circulaire
n° 2003-027 du 17 février 2003

L'éducation à la sexualité ne constitue pas une nouvelle discipline : elle se développe à travers tous les enseignements, en particulier celui de biologie, et la vie scolaire. Elle vise :

- l'appropriation de connaissances ;

CONNAÎTRE LE PSYCHOLOGUE SEXOLOGUE CLINICIEN

7. Le psychologue face aux autres professionnels de santé sexuelle



- une meilleure perception des risques : grossesses précoces, infections sexuellement transmissibles, dont le sida ;
- le développement d'attitudes telles que l'estime de soi, le respect des autres, la solidarité, l'autonomie, la responsabilité.

Cette éducation à la sexualité ne se substitue pas à la responsabilité des parents et des familles. Afin de permettre aux élèves d'opérer des choix libres et responsables, elle tend à favoriser, chez eux :

- une prise de conscience ;
- une compréhension des données essentielles de leur développement sexuel et affectif ;
- l'acquisition d'un esprit critique ;
- le sens et le respect de la loi.

Ces textes s'appliquent au collège, au lycée et à l'école primaire. Signalons l'insistance sur la dimension éthique :

« L'éducation à la sexualité se fonde sur les valeurs de tolérance, de respect de soi et d'autrui. Elle veille à garantir le respect des consciences, du droit à l'intimité et de la vie privée de chacun. »

En conclusion

À travers ce voyage dans les différentes professions sensibilisées et formées à la sexologie, nous ne pouvons qu'insister sur la grande importance du carnet d'adresse et sur le soin que chaque professionnel doit apporter à sa façon d'adresser et d'orienter un patient.

Pluridisciplinarité de la sexologie, interdisciplinarité dans le respect des compétences et des limites de chacun, intégrativité des champs théoriques et pratiques : tous ces axes qui se croisent et se tissent ne peuvent prendre véritablement de valeur qu'à partir de la personnalité du thérapeute, de ses champs d'intérêts, de l'intégration individuelle de connaissances communes à tous mais « transformées » par la relation. Nécessité d'un socle commun scientifique rigoureux donc, mais pour une sexologie individualisée et créative.

BIBLIOGRAPHIE

GIAMI A. (2005a), « Santé sexuelle : la médicalisation de la sexualité et du bien-être », *Comprendre (revue de philosophie et de sciences sociales)*, vol. 11, pp. 97-115 (P.U.F.).

GIAMI A. (2005b), « La médicalisation de la sexualité. Foucault et Lanteri-Laura : un débat qui n'a pas eu lieu », *L'évolution psychiatrique*, n° 70, pp : 283-300.

GIAMI A., de Colomby P. (2001), « Profession sexologue ? », *Sociétés Contemporaines*, n° 41-42, pp. : 41-63.

GIAMI, A., *et al.*, La place de la sexualité dans le travail infirmier : l'érotisation de la relation de soins. Sociol. trav. (Paris) (2013), <http://dx.doi.org/10.1016/j.soctra.2012.12.001>

GIAMI, A. (2010), La spécialisation informelle des médecins généralistes : l'abord de la sexualité. In G. Bloy, Schwyer, F.X. (Ed.), *Singuliers généralistes. Sociologie de la médecine générale* (pp. 147-167).Rennes: EHESP.

Pour clore cet état des lieux...

DÉSORMAIS, la question qui se pose aux institutions et aux associations de sexologues est la suivante : est-il temps de créer une nouvelle profession avec la réglementation qui l’accompagne ?

Si le socle de l’exercice, en France, est la profession de santé, il est utile de rappeler ce qui se passe au Canada ou en Belgique à Louvain La neuve, où les étudiants sont formés à la sexologie directement après le baccalauréat. Faut-il s’en inspirer pour autant ?

La tradition philosophique et humaniste de la pensée qui traverse de près ou de loin les champs scientifiques et des sciences humaines en France (et d’ailleurs dans bien d’autres pays d’Europe)¹ donne un caractère spécifique à la « sexologie », qui peut être considérée à la fois comme un art et une science. L’accent mis sur l’importance de la relation thérapeute/patient, le distingue entre conseil et thérapie, somme toute assez clair grâce à l’apport toujours vivant de la psychanalyse dans son acception la plus ouverte, permettent de penser une sexologie incluse dans l’expérience d’une profession de soin antérieure à son exercice. Cette inclusion, ce noyau que représente tout ce « vécu » professionnel mais aussi, il faut le dire, l’expérience de vie, sont des appuis indispensables à la prise en charge des difficultés sexuelles.

Il n’est pas illusoire de penser que, sur le modèle de la réglementation récente des psychothérapeutes, il soit mis en place un processus pour fixer des règles d’exercice. Ceci ne pourra se faire sans une volonté politique, c’est-à-dire sans la volonté des pouvoirs publics. La confection d’un « livre blanc de la sexologie » actuellement en cours est déjà une première étape vers une future mise en ordre de la profession.

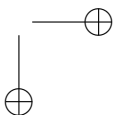
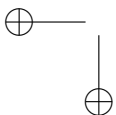
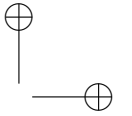
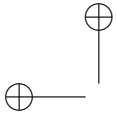
En attendant, les DIU sont les seuls garants d’une formation « reconnue » par un examen national, comme nous l’avons vu, pour sept professions de santé. La

1. Rappel articles de 2009 de Giami et Chevret sur la profession en Europe.

formation continue se met en place, permettant l'accès à d'autres approches plus spécifiques et complémentaires. Nul ne sait ce que deviendra la sexologie demain. D'autres dispositifs se créeront peut-être mais une chose est sûre, la profession de base est fondamentale et le psychologue clinicien, par sa spécificité, restera au cœur de cette sollicitation intime des patients.

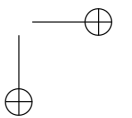
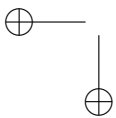
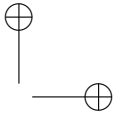
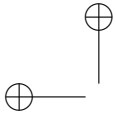
Si la sexologie doit encore évoluer et être soutenue par nos instances, comme toute discipline, dans ses aspects d'enseignement, scientifiques et cliniques, pour continuer à vivre, le sexologue, lui, se forge au fur et à mesure du temps, de ses réussites mais aussi de ses échecs, et à mesure d'une constante remise en question.

Pour clore cet état des lieux...



LIVRE 2

Outils et construction en psychosexologie clinique



Troisième partie

DÉCOUVRIR LES OUTILS DU PSYCHOLOGUE CLINICIEN UTILES AU SEXOLOGUE

8	Les instruments de travail.....	70
9	Le symptôme sexuel : un kaléidoscope.....	83
10	Les sept piliers capitaux : la psychanalyse en délicatesse.....	87
11	La psychopathologie, grande sœur de la sexopathologie ?.....	101
12	Borderline : quelles limites pour la sexualité ?.....	116
13	Les armes cachées de l'inconscient.....	124
14	Une relation thérapeutique pas banale.....	139
15	La supervision : un outil identitaire du psychologue sexologue .	150
16	Le grand chantier du corps en sexologie.....	158
17	Les classifications nosographiques ont-elles un intérêt en sexologie ? (Audrey Gorin).....	170

8

LES INSTRUMENTS DE TRAVAIL

LE PSYCHOLOGUE « clinicien » porte dans son identité même une dimension originale qui mérite qu'on s'y arrête puisqu'elle va spécifier son intervention dans les troubles de la sexualité et caractériser son action.

Travailler « à mains nues »...

Ce mot « clinique », parfois bien mystérieux pour le profane, est le support de la relation thérapeute/patient quelle que soit la prise en charge appuyée sur une connaissance rigoureuse et scientifique, mais il renvoie aussi à une certaine façon « d'être » dans le soin. L'étymologie du mot « clinique » renvoie au latin chrétien *clinicus*, lui-même emprunté au grec *klinè*, « qui concerne le lit ». Si la clinique est directement liée à l'observation directe, c'est par la médecine qu'historiquement le terme a pris sens. Dès 1636, il est utilisé par O. du Mesnil¹ : « méthode médicale consistant à examiner le malade au lit ». Il est intéressant de préciser que ce terme va passer au XIX^e siècle d'une forme adjectivale à une forme substantivale : « enseignement

1. O. Du Mesnil, *Actions forenses*, 355 ds *R. Hist. litt. Fr.*, t. 6, p. 458.

médical donné par le professeur près du lit du malade », puis désigner l'« établissement où les malades reçoivent des soins », acception apparue en 1890 dans le *Journal* des Goncourt¹. Nombreux sont les patients qui d'ailleurs font sans le savoir ce pont en demandant : « vous travaillez dans une clinique ? »...

La psychologie clinique s'intéresse donc à l'individu dans la relation intersubjective et si on fait le parallèle avec la médecine et l'acte de clinicien du médecin, nous pouvons nous appuyer sur cette phrase de bon sens de Colette Chiland (1983) :

« Malgré tous les progrès des examens de laboratoire, le médecin a intérêt à continuer de regarder, de palper, de percuter, d'ausculter, on pourrait même dire de flairer... »

Il en va de même pour le psychologue clinicien et par extension pour le sexologue clinicien.

Pour aller plus loin, revenir aux fondamentaux de la méthode clinique peut s'éclairer par les travaux de Daniel Lagache qui restent étonnamment actuels et s'adapter aux questions que pose la sexologie d'aujourd'hui.

Daniel Lagache, à la fois philosophe, psychiatre et psychanalyste, un des bâtisseurs de la psychologie clinique en France, est l'un des auteurs que l'apprenti psychologue clinicien à l'université est tenu de connaître. Et ce n'est pas pour rien. Dans sa remarquable leçon inaugurale sur *L'Unité de la psychologie : psychologie expérimentale et psychologie clinique*, il synthétise en visionnaire les apports respectifs des champs de la psychologie behavioriste et de la psychologie clinique avec un esprit d'ouverture qui reste un exemple aussi pour la sexologie.

L'analyse de Lagache, inspiré par la phénoménologie de Karl Jaspers, reste tout à fait d'actualité sur différents plans en éclairant à la fois les points de force et de faiblesse de deux démarches psychologiques *a priori* opposées. Dans une époque où un « certain courant scientifique » envahit la pensée médicale et exclut trop l'humain, il est bon d'en rappeler les bases.

Le distinguo entre **psychologie naturaliste** et **psychologie humaniste** est le socle de cette réflexion.

Dans le même esprit, nous pouvons parler d'une sexologie « naturaliste » et d'une sexologie « humaniste ». Si naturalisme et humanisme sont eux-mêmes des concepts en évolution permanente, le sexologue (et c'est en cela que le modèle d'une psychologie pensée dans l'unité est éclairant), se doit de « chevaucher » les deux

1. E. et J. De Goncourt, *Journal*, p. 1205.

mondes en permanence. Et ce n'est pas au nom d'une prétendue recherche de vérité que l'on doit exclure telle orientation ou telle autre.

Assises sur des bases différentes tant au niveau des méthodes que de la recherche, les deux conceptions s'opposent sur différents points :

- **dans leur objet** : quand l'une s'intéresse aux conduites observées, l'autre s'attache à l'expérience vécue ;
- **dans leurs lois** : quand l'une est du côté de l'explication avec une tendance « atomiste » qui décompose en des éléments minimaux, l'autre est du côté de la compréhension, intégrant les interactions, la globalité et le sens ;
- **dans leurs méthodes** : quantitatives et statistiques pour l'une, qualitatives, voire artistiques pour l'autre ;
- **sur le plan de la conception de la vie psychique et sexuelle** : l'une est du côté d'un substrat uniquement organique basé sur les neurosciences, l'autre du côté de l'exploration de ses couches profondes et de son expression humaine ;
- **enfin la question de la subjectivité** est rejetée par l'une, tandis qu'elle est centrale comme lieu d'étude pour l'autre.

Face à autant de contradictions, comment faire pour le praticien en sexologie ? Encore une fois, le travail de Daniel Lagache pointe la complémentarité et non l'opposition des deux démarches, entre lois abstraites et lois concrètes. Si, comme le dit Lagache, la psychologie est avant tout science de la conduite, la sexologie peut être considérée comme une science de la conduite sexuelle. Ainsi, l'expérimentation en sexologie et la clinique sexologique peuvent se prêter un appui mutuel avec des fonctions différentes.

Ce que dit Lagache de la psychologie clinique peut se méditer pour la sexologie :

« Envisager la conduite dans sa perspective propre, relever aussi fidèlement que possible les manières d'être et de réagir d'un être humain concret et complet aux prises avec une situation, chercher à en établir le sens, la structure et la genèse, déceler les conflits qui la motivent et les démarches qui tendent à résoudre ces conflits, tel est résumé le programme de la psychologie clinique. » (p. 32)

Si la psychologie clinique intègre la référence psychanalytique, la psychanalyse n'est qu'une référence parmi d'autres, qualifiées par ailleurs « d'ultra-cliniques ». La multi-référenciation de sa pratique, l'interdisciplinarité dans un cadre théorique nécessairement mouvant, en fait une discipline anti-doctrinale. Ceci est particulièrement vrai pour une sexologie d'ouverture et d'échange entre disciplines.

La psychosexologie clinique va donc viser l'observation, l'exploration, en classant, nommant et reliant les faits cliniques, en dégagant un certain nombre de facteurs de causalité susceptibles de produire des faits cliniques dans la vie sexuelle de l'individu dans sa subjectivité, sans oublier la thérapeutique pour amenuiser son état de souffrance. C'est en cela que l'on peut parler, comme pour la psychologie, d'une psychosexologie « à mains nues » en miroir d'une sexologie « armée »¹, au sens du latin *arma* (ustensile, outil) mais aussi *armus*, (épaule), qui s'appuie sur des examens complémentaires ou des actes médicaux (par exemple les injections intra caverneuses), sur de la chirurgie, des questionnaires, des protocoles... Plus risquée, plus engageante aussi, moins « contrôlée » et moins « contrôlante », tout en étant rigoureuse, la psychosexologie clinique va ouvrir au patient des horizons souvent insoupçonnés pour lui.

Travailler sur le sens... en sexologie : dans quel sens ? _____

Partant donc du principe que la psychosexologie est une discipline fondée sur l'étude approfondie de cas individuels dans la sphère sexuelle, affective et relationnelle, sur l'observation de la personne totale « en situation », il est important de préciser que le pilier principal est le « travail sur le sens ». Plusieurs supports vont permettre cette « mise en sens » du symptôme sexuel.

Il y a d'une part cette importance particulière accordée à la parole, au langage verbal, et d'autre part au langage du corps dont le psychologue sexologue clinicien ne peut pas faire l'économie. C'est d'ailleurs ce qui différencie la prise en charge psychologique des troubles sexuels d'une approche psychanalytique pure.

Cette parole du patient est porteuse de l'expression d'une souffrance mais aussi d'un imaginaire, de représentations et de manifestations inconscientes.

Nous y reviendrons plus en détail au moment où nous traiterons de l'évaluation psychologique en sexologie, de l'écoute, de l'observation clinique et de l'entretien. Par ailleurs, le langage du corps « informe » considérablement, en particulier dans sa dimension paradoxale. Mots et expression corporelle sont souvent en totale contradiction et ce double langage doit être évalué par le psychologue, pris en compte dans sa compréhension de l'individu dans ses zones d'ombre.

La particularité de l'approche psychodynamique en sexologie est de prendre en compte la dimension symbolique de la sexualité et de son expression à travers la parole et le corps.

1. On parle de psychologie « armée » en se référant à la psychologie différentielle qui s'appuie sur les tests et le bilan.

DÉCOUVRIR LES OUTILS DU PSYCHOLOGUE CLINICIEN UTILES AU SEXOLOGUE

8. Les instruments de travail

Symbole : du grec *symbolon* (σῶμβολον), qui dérive du verbe *symbollein* (de *syn-*, avec, et *-ballein*, jeter) signifiant « mettre ensemble », « joindre », « comparer », « échanger », « se rencontrer », « expliquer ».

Dans la Grèce antique, un symbole était au sens propre et originel un tesson de poterie cassé en deux morceaux et partagé entre deux contractants. Pour liquider le contrat, il fallait faire la preuve de sa qualité de contractant (ou d'ayant droit) en rapprochant les deux morceaux qui devaient s'emboîter parfaitement. Le *symbolon* était constitué des deux morceaux d'un objet brisé, de sorte que leur réunion, par un assemblage parfait, constituait une preuve de leur origine commune et donc un signe de reconnaissance très sûr. Le symbole est aussi un mot de passe.

Dans son étymologie même, le symbole est donc un objet coupé en deux dont les parties réunies à la suite d'une quête permettent aux détenteurs de se reconnaître.

C'est aussi un signe, objet matériel ou formule, servant de marque de reconnaissance entre initiés.

C'est un objet sensible, fait ou élément naturel évoquant, dans un groupe humain donné, par une correspondance analogique, formelle, naturelle ou culturelle, quelque chose d'absent ou d'impossible à percevoir.

En psychanalyse, le symbole est un objet conscient renvoyant à un objet inconscient ou refoulé, constituant le sens symbolique du premier.

Il s'agit donc au sens large d'un

« mode de représentation indirecte et figurée d'une idée, d'un conflit ou d'un désir inconscient... mais dans un sens plus étroit une représentation qui se distingue par la constance entre le symbole et le symbolisé inconscient ». (Laplanche et Pontalis)

C'est le cas des grands symboles universels. Le rêve et le symptôme sont donc considérés comme une expression symbolique. Le « mécanisme symbolique » est donc une sorte de traduction où se mêlent représentations et sens pour l'individu. Ainsi, le rôle du psychologue va être de prendre en compte cette dimension symbolique de la dysfonction dans l'économie psychique plus globale du patient. Ceci pointe l'importance de ce que le patient va dire (et ne pas dire), et de la façon dont il va le dire...

Cette prise en compte du sens se fera sur plusieurs plans :

- **évaluer par une écoute fine de la capacité à symboliser du patient**, étant entendu qu'il y a, dans son discours sur sa propre sexualité, un contenu manifeste (ce qui est vécu) et un contenu latent (ce qu'il signifie), termes issus à la fois du rêve et des techniques projectives en psychologie, Rorschach et TAT ;

- **aider le patient à formuler des sens « potentiels »** nouveaux à son symptôme sexuel quant à la situation actuelle, soit par des représentations associatives, soit par des métaphores comme on peut le faire en hypnose ;
- **permettre au patient d'accéder à des plans de conscience** en « élaborant » ce qui va éclairer sa dysfonction.

C'est en considérant la potentialité du sens du symptôme, son déploiement à l'intérieur d'un processus qui s'exprime à la fois dans le corps et dans le psychisme avec ses conséquences dans la relation, que l'on peut définir le travail du psychologue sexologue clinicien. Non pas en considérant le sens « en soi », qui ne serait qu'un placage d'une théorie quelle qu'elle soit, mais le sens en évolution à travers la vie du patient et ce qu'il en dit. Cette notion de sens « potentiel » chère à René Roussillon est essentielle. Ce que nous en dit Albert Ciccone s'applique tout à fait à la prise en charge des troubles sexuels dans la prudence et l'ouverture :

« Laisser se déployer le sens potentiel suppose d'être ouvert et réceptif à cette potentialité, de ne pas décider d'avance du sens ou du non-sens d'un événement. » (A. Ciccone, 1998)

Trois étapes au travail du sens dans la prise en charge des troubles sexuels

1. Le sens « exposé » serait la partie exprimée du symptôme sexuel, à la fois dans ses formes mais aussi dans ce qui en est dit par le patient, la partie consciente et « conscientisée » y compris dans ses aspects défensifs ou résistants.
2. Le sens « clandestin » est celui qui affleure, qui peut apparaître au thérapeute sans que le patient ne s'en rende compte. C'est la partie la plus subtile et la plus délicate. C'est à ce niveau que le conflit psychique est le plus actif.
3. Le sens traduit ou « démasqué » est le résultat d'une transformation, d'un passage, d'un changement de regard du patient sur son propre fonctionnement, d'une « révélation » au sens photographique du terme.

Chacune de ces étapes est reliée par des maillons et des nécessités de mise en œuvre : capacité « d'insight », installation d'une relation privilégiée, désir de creuser, capacité aussi à se poser des questions.

Du sens caché au sens révélé, il y a l'acceptation de l'idée de changer, de dépasser les « bénéfices » d'une situation, d'élaborer et donc de créer et d'en accepter les effets.

Tout ceci pose la question de la relation trop directe de cause à effet dont on doit toujours se méfier, mais aussi celle de l'interprétation du patient comme celle du thérapeute, chère à Paul Ricœur et à laquelle tout psychologue clinicien doit être

sinon attentif, tout au moins extrêmement prudent, en particulier face aux troubles sexuels qui souvent à la lisière entre le médical et le psychologique.

Se situer entre le normal et le pathologique, une question sensible en sexologie

La sexualité humaine dans sa mise en acte, dans ses comportements, dans sa sensibilité au corps social et à ses injonctions ainsi que dans ses « sous-sols » individuels, est l'activité humaine qui interroge le plus quant à la normalité et à la pathologie. C'est pourquoi cette question est au centre de la position clinique de tout praticien.

L'apport de la psychologie clinique est, en ce sens, extrêmement enrichissant pour la sexologie. Basée sur l'approche psychanalytique, elle permet une lecture en profondeur des troubles et donne accès au praticien à des « couches psychiques » qui ne sont pas accessibles par d'autres lectures psychopathologiques. Mais revenons tout d'abord à quelques définitions.

D'où vient le mot normal ? Le latin *norma* se réfère à l'équerre, dans le sens de la rectitude et de la mesure. L'équerre par sa précision permet de tracer les angles et donc le cadre. Le dictionnaire Larousse dit de la norme que c'est « une règle, un principe, un critère auquel se réfère tout jugement. C'est également un ensemble des règles de conduite qui s'imposent à un groupe social ». Nous savons que la norme en matière de sexualité est mouvante suivant les époques et les cultures. Les mentalités et les pratiques évoluent et donc les écarts entre ce qui est « normal » et ce qui ne l'est pas restent sensibles.

Repérer la fonction de la norme chez nos patients...

Beaucoup de nos patients viennent avec cette question, cette inquiétude : « Suis-je normal ? ». Cela peut être aussi : « Je voudrais être normal », ou pire : « Il n'est pas normal ! ». Cette problématique jalonne nos consultations en sexologie à plusieurs niveaux :

- comme un concept statistique et/ou social : « Je voudrais être comme les autres » ;
- comme absence de « maladie » ;
- en référence à ce que la société médiatique véhicule comme « norme », par exemple l'orgasme à tout prix, telle ou telle pratique... ;
- dans une loyauté normative familiale ;
- en lien avec une « loi » intérieure que l'on peut rapprocher du Surmoi freudien sous forme d'introjection.

C'est en ce sens que le normal ne peut se définir qu'en miroir du « pathologique ». *Patho-* vient du grec *pàthos* qui signifie passion et souffrance. La pathologie étant « l'étude des passions », la psychopathologie se définit donc comme la « science de la souffrance psychique ». Son objectif est de comprendre l'origine des troubles psychopathologiques, des dysfonctionnements psychiques.

Dans cette perspective, la psychopathologie entretient des liens très étroits avec la médecine, avec la psychiatrie, avec la psychologie clinique et avec la psychanalyse, puisque chacune de ces disciplines étudie le fonctionnement de l'être humain dans toutes ses dimensions somatiques et psychiques.

Voici ce que Daniel Widlöcher en propose :

« Il s'agit d'une méthode d'observation des conduites et des attitudes anormales, permettant d'éclairer les mécanismes et les fonctions de la vie psychique normale. »

Freud en 1937 disait :

« Toute personne normale n'est en fait que moyennement normale, son Moi se rapproche de celui du psychotique dans telle ou telle partie, dans une plus ou moins grande mesure. »

Normalité et pathologie posent donc en sexologie la question de la souffrance exprimée comme telle dans la vie sexuelle, mais aussi de la déviance et de sa définition en interrogeant la limite toujours tenue entre fonctionnement « normal », « anormal » et « pathologique ».

Cette réflexion pour le sexologue doit toujours s'accompagner de celle sur « l'ordre moral » (par exemple la question homosexuelle en a longtemps fait les frais), sur la nécessité de prendre en compte à l'intérieur d'une même personne la promiscuité de zones de bascule toujours possibles.

C'est cette « finesse » clinique que la psychopathologie dite classique peut apporter au praticien sexologue, à l'instar de toute classification quelle qu'elle soit. L'apport de la psychopathologie clinique est celui de la subtilité, de la nuance, et il reste à ce jour irremplaçable.

- **D.W. Winnicott**, par son concept du « faux self », souligne la difficulté de construction que peut avoir l'individu dans sa « soumission complaisante » face aux attentes de l'environnement familial. Il insiste sur le rôle de l'environnement (et notamment la mère ou son substitut), qui doit être *suffisamment* (et non parfaitement!) bon pour l'édification d'un Moi stable. Il rejette ainsi l'idée de la perfection psychique considérée comme norme. Cette distinction entre

« suffisamment » et « parfaitement » permet cette relativité et cette souplesse de la normalité, essentielle également en matière de psychodynamique sexuelle.

- La vision de **Georges Canguilhem**, qui est fondamentale sur le plan de l'anthropologie médicale, précise cet espace nuancé entre normal et pathologique en se référant aux concepts d'adaptabilité, d'équilibre, et du pouvoir organisateur du vivant qui construit sans cesse de nouvelles normes. Une des thèses principales de G. Canguilhem est que le pathologique n'est pas le contraire de la norme mais le contraire de la santé. En ce sens, la « guérison » ne peut être qu'un nouvel état et non pas un retour à un état antérieur. C'est un point important à prendre en compte individuellement dans la prise en charge des troubles sexuels, car le mythe du « paradis perdu », avec l'illusion des premiers moments d'une relation idéalisée et du possible retour au « comme avant », est si présent qu'il « embolise » souvent le processus de changement voire de réversion du symptôme sexuel.
- Le psychanalyste **Jean Bergeret** constitue une des références incontournables au niveau psychopathologique. La notion même de structure, qui a traversé d'autres domaines comme la philosophie, l'anthropologie ou encore l'art, est également parlante en matière de personnalité, définie comme une « organisation primaire de base » régie par des règles d'assemblage, de liaison et de transformation. Il s'agit donc d'un ensemble organisé de rapports qui interagissent en créant une dynamique propre et une manière d'entrer en contact avec le réel. La métaphore du cristal que Freud a utilisé dans les Nouvelles Conférences sur la Psychanalyse en 1932 est en cela très parlante, avec cette idée qu'un cristal en tombant au sol va se casser suivant des lignes prédéterminées, invisibles extérieurement.

« Dès la naissance, en fonction de certains facteurs héréditaires, mais surtout du mode de relation avec les parents, des frustrations, des traumatismes, de conflits, en fonction également des défenses élaborées par le Moi pour résister aux pressions internes et externes le psychisme individuel s'organise peu à peu, se « cristallise » comme un corps chimique, comme un cristal, avec des lignes de clivages originales et ne pouvant plus varier par la suite. »

Structure névrotique et structure psychotique présideront à une première étape, suivie d'une catégorie que Jean Bergeret détaille dans son dernier ouvrage sur Freud, *Suite et poursuite*.

Le grand reproche qui fut fait à cette vision structuraliste est sa vision déterministe et fermée de croyances. Or pour sortir du malentendu et/ou du détournement, la notion de structure dans une perspective contemporaine et en regard de la sémiologie et des classifications qui en découlent, ne peut s'entendre que comme potentiel de

transformation, de liaison, d'ouverture et de changement à partir d'une dynamique du fonctionnement mental toujours en évolution.

« Une telle approche se donne ainsi comme objet de saisir la dynamique du fonctionnement mental, compris comme produit de l'association de systèmes définis par un certain nombre d'opérations et d'actes, reliés les uns aux autres par des réseaux singuliers. »

Toutefois, s'il est clair qu'aujourd'hui les classifications utilisées en psychiatrie telle le DSM-IV se sont largement distancées de ces notions de structure en privilégiant une vision a-théorique, en différenciant clairement les champs du normal et du pathologique, en privilégiant les données quantitatives et épidémiologiques, la lecture structurale reste pourtant irremplaçable dans le repérage et l'évaluation clinique psychodynamique d'un symptôme sexuel pris dans une histoire individuelle complexe.

- Pour terminer, évoquons le travail de **Serban Ionescu** qui propose quatorze modèles de psychopathologie et permet ainsi au sexologue de s'y retrouver dans les différentes « écoles ». Ce distinguo permet de faire un point actualisé mais surtout donne une base de réflexion sur la position même qu'adopte le praticien vis-à-vis du symptôme, ce qui est fondamental.

Les quatorze modèles de psychopathologie qui éclairent la sexologie sont les suivants :

1. la psychopathologie a-théorique DSM-IV, système multiaxial de diagnostic disposant de critères de diagnostic précis et univoques (orientation comportementaliste) ;
2. la psychopathologie béhavioriste, basée sur les paradigmes du conditionnement classique et du conditionnement opérant, à l'apprentissage et à ses conditions. Cette approche pose la question du statut du symptôme ;
3. la psychopathologie biologique, qui met l'accent sur l'influence des modifications morphologique, fonctionnelle ou métabolique du système nerveux en matière de genèse des troubles mentaux ;
4. la psychopathologie cognitiviste, qui explique les troubles par la façon dont est traitée l'information (*input et output*) par l'individu : émotion, cognition et conation (notions de cause, de schéma...). Aujourd'hui le traitement inconscient de l'information constitue le centre de la recherche ;
5. la psychopathologie développementale, marquée par la conceptualisation « organisationnelle » du développement pathologique considéré comme manque d'intégration des compétences sociales, émotionnelles et cognitives ;

8. Les instruments de travail

6. la psychopathologie écosystémique, axée sur l'interactionnisme entre l'écologie humaine personnelle et son environnement. Les symptômes sont considérés comme une métaphore des relations interpersonnelles ;
7. l'ethnopsychopathologie, qui étudie le rapport entre les troubles et la culture d'origine du patient.
8. la psychopathologie éthologique, issue de la théorie de l'attachement et de l'étude du comportement des espèces animales dans leur milieu naturel avec trois phases : descriptive, exploratoire et évaluative ;
9. la psychopathologie existentialiste, influencée par la philosophie existentialiste où il est considéré que l'être humain peut influencer sur sa relation et son destin. Ainsi volonté et décision humaines sont au centre de cette approche où normalité et pathologie se confondent dans une « moyenne », où angoisse de l'isolement et aliénation sont partagées par les membres de la société ;
10. la psychopathologie expérimentale, qui est l'étude expérimentale en « laboratoire » des troubles psychopathologiques ;
11. la psychopathologie phénoménologique, axée non pas sur les causes mais sur l'expérience, avec deux axes : d'une part la description soignée et systématique de ce qui est perçu, et d'autre part l'identification et l'élucidation de la signification et du « sens » essentiel de cette expérience ;
12. la psychopathologie sociale, qui étudie le rôle des facteurs sociaux dans l'étiologie des manifestations de la maladie mentale et les répercussions de cette maladie sur les relations du patient avec son environnement social ;
13. la psychopathologie structuraliste, basée sur la notion de structure où les parties sont dépendantes du tout et solidaires les uns des autres ;
14. la psychopathologie psychanalytique, qui garde une importance sur laquelle la psychologie clinique s'est appuyée. Nous n'entrerons pas dans des querelles ayant pour objet la validité scientifique de la psychanalyse, même si Serban Ionescu dans son ouvrage s'interroge sur les différents niveaux de réponses (la psychanalyse est-elle une science, ou seulement une partie d'une science, ou une science herméneutique, ou encore n'est-elle pas une science... et si c'était autre chose ?), question intarissable qui agite en particulier les détracteurs de Freud. Or, personne aujourd'hui ne peut nier l'apport de la psychanalyse en matière de compréhension de la sexualité humaine.

Les contributions de la psychanalyse à la psychopathologie sont évidemment nombreuses mais quatre principales se distinguent et sont utiles à la sexologie :

- **l'histoire du patient** est primordiale, la petite enfance étant source de refoulements inconscients mettant ainsi en évidence la nature profonde des symptômes sexuels entre autres ;
- **le rôle de la sexualité infantile** est primordial dans la genèse même de la psyché humaine et dans l'expression de la souffrance somatique et/ou psychique qui plus tard peut se manifester dans la sexualité adulte ;
- **les expériences individuelles** (traumatiques, familiales...) mais surtout le moment, le stade de développement et le contexte où elles sont vécues influent sur la construction psychique et ses conséquences sur la vie affective et sexuelle ;
- enfin **toute pathologie** (et en particulier la pathologie mentale) est pour l'individu la façon de vivre la plus « satisfaisante » et donc la plus « économique » dans l'ici et le maintenant. La pathologie est donc considérée dans une perspective fonctionnelle. La frontière entre le normal et le pathologique est donc toute relative, le conflit étant un facteur commun à la santé et à la maladie.

Alors, peut-on parler de « sexopathologie » ? Oui mais dans cette perspective ouverte, vivante, évolutive, globale de l'individu et dans une version « parlante » du symptôme sexuel, considéré non pas comme une simple « dysfonction » (les *dys-*, qui signifie négation, malformation, mauvais, erroné, difficile, sont très à la mode et la liste en est longue en médecine et en psychiatrie !), mais comme une expression sensible, humaine, où conscient et inconscient se rejoignent souvent à l'insu du sujet en demande.

En conclusion

La conclusion de ce chapitre sera donc une porte ouverte sur la définition de la spécificité du symptôme, à déchiffrer plus particulièrement lorsqu'il s'exprime comme rupture d'un équilibre et du sentiment de « bonne santé sexuelle », rupture que le sujet a souvent beaucoup de mal à dépasser.

BIBLIOGRAPHIE

BERGERET J., (2009), *Freud, Suite et poursuite*, Paris, Dunod.

CANGUILHEM G., (1966), *Le normal et le pathologique*, Paris, Puf.

CICCONE A., (1998), *L'observation clinique*, coll. les Topos, Dunod, Paris, p. 104.

CHABERT C. et Verdon B., (2008), *Psychologie clinique et psychopathologie* Paris, Puf, p. 32.

CHILAND C., (1983), *L'entretien Clinique*, Paris, Puf, Le psychologue, p. 9.

FREUD S. (1937), *Analyse finie et analyse infinie* (édition 2012), Paris, Puf.

DÉCOUVRIR LES OUTILS DU PSYCHOLOGUE CLINICIEN UTILES AU SEXOLOGUE

8. Les instruments de travail



IONESCU S. (3^e édition 2004), *14 modèles de psychopathologie*, Paris A. Colin.

LAGACHE D., (Edition 2004) *L'Unité de la Psychologie*, Paris, Quadrige, Puf.

RICCEUR P. (1995), *De l'interprétation, essai sur Freud*, Coll. Essais, Paris, Seuil.

RENÉ ROUSSILLON, (2001), *Le plaisir et la répétition, théorie du processus psychique*, Paris, Dunod.

WIDLÖCHER D. (1994), *La psychopathologie entre Claude Bernard et Darwin. Les évolutions phylogénèse de l'individuation*, P. FEDIDA et D. WIDLÖCHER (dir.) Paris, Puf, p 143-150.

9

LE SYMPTÔME SEXUEL : UN KALÉIDOSCOPE

Des originalités intrinsèques

- **La première originalité du symptôme sexuel tient pour une grande part à la façon directe d'être apporté par le patient, « comme sur un plateau ».** Il est néanmoins un véritable kaléidoscope, par ses différents plans de profondeur qui se superposent, ses formes et intensités d'expression qui évoluent. Un kaléidoscope est un « dispositif garni à l'intérieur de fragments de verre de couleurs et de dimensions différentes dont les combinaisons modifiées par chaque mouvement de l'appareil donnent des figures variées ». Les miroirs, toujours en action les uns par rapport les autres, sont autant de plans du symptôme, du plus organique au plus intrapsychique, qui interagissent dans la vie personnelle et de relation de l'individu. C'est ce kaléidoscope que le patient va présenter au sexologue. Si la spécialisation du praticien, identifié comme tel, favorise une expression de la difficulté en première intention, l'information, l'accès à Internet, la médiatisation par la multiplication des émissions de radio et de télévision font que très souvent le patient a déjà « fait le tour » de la question qui le préoccupe, avec une certaine « connaissance intellectuelle » de son symptôme. Cela implique également un positionnement rigoureux du thérapeute sexologue et en particulier du psychologue.

- **La deuxième originalité du symptôme sexuel réside dans le fait qu’il est toujours pris dans le corps**, soit par l’organicité avérée du trouble, soit dans sa dimension fonctionnelle, soit dans le vécu corporel et sensoriel du patient. Il intervient dans une vie de relation réelle ou imaginaire et l’autre et le tiers réel ou fantasmé, est toujours présent « quelque part ». Il s’inscrit dans une perspective de la sexualité à la fois constructiviste (avec l’importance de la sexualité infantile et ses différents stades) et évolutive (sensible aux expériences et événement de vie). Une réponse opératoire immédiate de la part du praticien ne se substitue pas à l’accueil du symptôme, à son acceptation comme faisant partie d’une dynamique globale de l’individu et surtout à sa mise en mots. Bien au contraire. Une sexologie dérivant vers l’illusion d’une maîtrise dite scientifique toujours plus grande, et donc d’une maîtrise tout court de la sexualité humaine, ne saurait éviter l’écueil d’une rigidification des pratiques. Heureusement, la « souffrance » sexuelle et les histoires individuelles sont là pour nous rappeler à l’ordre.

La « coïncidence » contenue dans l’étymologie du mot « symptôme » (du grec *συμπτω*, « rencontrer »), le surgissement, l’accident, mais aussi ce qui survient « ensemble », donne au symptôme cette dimension de relation qui le diffère du simple signe.

La position du psychologue sexologue clinicien se doit donc d’être mesurée, nuancée, et doit toujours prendre en compte avec beaucoup de vigilance la dimension organique du trouble sexuel. Néanmoins, il y a un au-delà des signes et du diagnostic dit « différentiel » et c’est précisément son rôle que d’aider le patient à accéder à une autre dimension.

Le symptôme et sa nature

Si pour Lacan, le symptôme est une métaphore et donc une façon pour l’individu d’exprimer autre chose, une chose « insue », c’est Freud qui le premier, à travers les « Études sur l’hystérie », et notamment les cas d’Anna O, Emmy, Lucy, Katarina et surtout Elisabeth von R, va expliciter la fonction substitutive et traductrice du symptôme sur trois modes : expression d’un désir inconscient, expression du refoulé, expression d’un conflit inconscient. Pour la théorie freudienne, le symptôme est un échec du refoulement, le retour de ce qui a été « refoulé » se faisant sous une forme devenue méconnaissable à travers un comportement ou une pensée.

Et le symptôme sexuel a ceci de particulier qu’il s’exprime directement dans la sphère intime et relationnelle du patient, dans un après-coup qui a du sens :

« Freud nous indique que le symptôme névrotique ne se cantonne pas toujours à être le signe pathognomonique de la maladie à éradiquer, celui qui signe le diagnostic, mais il est souvent à entendre comme l'expression d'un conflit inconscient. Ce dernier se manifeste sous la forme symbolique, le symptôme, qui nécessite non pas son éradication, mais son élaboration en tant que discours. »

La notion de symptôme, défini en tant que « compromis » entre désirs conscients et désirs inconscients, entre la réalisation de la pulsion et sa répression, entre désirs et défenses contre ce désir, est au centre de la théorie freudienne.

Dans *Inhibition, symptôme et angoisse*, texte datant de 1926, Freud déploie les interactions et les déplacements entre les trois concepts. Ce texte contient une moisson d'avancées sur le plan métapsychologique par rapport au symptôme : l'inhibition comme fonction limitatrice du Moi, l'angoisse comme signal d'alarme dans l'attente du danger, la redéfinition de la notion d'affect, l'évolution du concept de phobie, la théorie de la régression, l'explicitation de mécanismes de défenses (isolement et annulation rétroactive), la typologie des résistances et notamment le bénéfice secondaire de la maladie, et enfin la compulsion de répétition.

La position lacanienne : un éclairage incontournable

On ne peut parler de la fonction de symptôme sans évoquer Lacan et sa triade Réel, Imaginaire et Symbolique. La métaphore du nœud borroméen est finalement plus claire qu'il n'y paraît. « Le symptôme, c'est l'effet du symbolique dans le réel » dit-il en 1975. Le symbole est compris par Lacan comme un « évidement du réel » (par exemple le phallus qui a valeur de symbole précisément parce qu'il ne se confond pas avec le pénis, organe biologique). La position de Lacan est somme toute très prudente et peut nous donner à réfléchir quant à notre rôle et à la fonction d'éradicateur de symptôme du sexologue : « Les névrosés vivent une vie difficile et nous essayons d'alléger leur confort... une analyse n'a pas à être poussée trop loin. Quand l'analysant pense qu'il est heureux de vivre, c'est assez. »

9. Le symptôme sexuel : un kaléidoscope

Le plan intrapsychique du symptôme sexuel

Le symptôme sexuel consiste donc en un message souvent illisible pour le patient, mis à part dans la lecture de ses conséquences. Néanmoins, il « montre » (symptôme-signe) et il « dit » (symptôme-signifiant) quelque chose de son rapport à la sexualité. Il peut être aussi le centre d'un conflit intérieur, une façon de se satisfaire de pulsions réprimées. Il peut également agir comme une mémoire du traumatisme réel ou fantasmé, de l'impossibilité de satisfaction d'un désir, ou procéder du « nouage d'une structure ». Enfin, on peut souligner également la dimension de l'attachement

au symptôme, à repérer et à prendre en compte, qui se manifeste souvent par une résistance au changement ou une passivité face à l'évolution et donc à l'élaboration.

En ce sens, Patrick de Neuter détermine quatre « mouvements » de causalités du symptôme sexuel :

- **la conjonction**, qui est conjugaison de deux ou plusieurs causes ;
- **la réciprocité**, qui implique les causes et les effets ;
- **la circularité** (trois causes qui s'auto-entretiennent) ;
- **la « spirauté »**, où les causalités partielles sont en interaction causale et en évolution continue. Le mouvement qui se dessine s'éloigne de plus en plus de son centre, envahissant toute la scène psychique individuelle et/ou relationnelle.

Nous ajouterons l'aspect « kaléidoscopique » du symptôme sexuel, qui intègre d'autres dimensions et notamment les interactions avec l'environnement : toujours mouvant, aux multiples facettes se croisant en des points improbables, jamais prévisibles et nécessitant une distance et une lumière pour en percevoir l'ensemble toujours en évolution.

Plus que de rechercher les relations de cause à effet, il s'agira de travailler sur le sens, celui du patient (le non-sens ayant d'ailleurs tout autant sa place), sens en action, sens en progression, sens en création.

Car si le symptôme sexuel est source de souffrance pour le patient, il est aussi une production de son inconscient qu'il soit corporel, affectif ou relationnel.

BIBLIOGRAPHIE

FREUD S. (1895) Études sur l'hystérie, Paris, Puf.

LACAN J., (1966), Écrits, Paris, Seuil.

NEUTER de P., Le symptôme sexuel et ses multiples causalités, De Boeck Université in *Cahiers de psychologie clinique* 2001/1 —

n° 16, p. 143 à 157 disponible à l'adresse suivante : <http://www.cairn.info/revue-cahiers-de-psychologie-clinique-2001-1-page-143.htm>

ROSENBLUM, O., (2012), Le modèle psychanalytique, *Aide-mémoire de psychologie médicale et de psychologie du soin*, Paris, Dunod. p. 33

10

LES SEPT PILIERS CAPITAUX : LA PSYCHANALYSE EN DÉLICATESSE

L'ABORD DES TROUBLES SEXUELS par la lecture psychanalytique fait partie des éléments de base que doit connaître tout sexologue quelle que soit sa formation initiale. Dans un contexte clairement orienté vers une médicalisation de la sexologie, cela nécessite une vision ouverte de ses apports et non pas dogmatique et restrictive. Ce n'est qu'à cette condition qu'elle peut être utile dans la prise en charge des troubles.

Pour le psychologue clinicien, outre une grille de lecture en profondeur, elle va permettre une « attitude thérapeutique » qui s'inscrit dans la relation particulière du thérapeute à son patient. Nous distinguerons donc deux plans :

- la psychanalyse comme **cadre de compréhension** de l'histoire de l'individu, de la prise en compte de son symptôme sexuel à travers la construction de sa sexualité depuis son plus jeune âge ;
- le processus psychanalytique comme **inspiration** dans un modèle intégratif et pluridisciplinaire.

Freud était avant tout neurologue et ses premiers travaux se situent dans un contexte scientifique. L'épistémologie freudienne a fait couler beaucoup d'encre. En 1915, dans *Pulsions et destins des pulsions*, il confirme qu'une science « doit être construite sur des concepts fondamentaux clairs et nettement définis » :

« Le premier temps de la recherche est consacré à la description des phénomènes, ce qui relève de l'observation. Ces phénomènes sont ensuite rassemblés, ordonnés et intégrés dans des mises en relations... Freud offre ainsi un modèle de recherche déterminé par une préconception, certes imprécise, mais qui entraîne une structuration préalable du regard de l'observateur. Cette structuration repose en fait sur des modèles construits comme une fiction et leur fécondité à venir est à la fois pressentie et mise à l'épreuve... »

Il y a donc un travail d'ajustement permanent entre les phénomènes observés et la constitution de concepts. La métapsychologie freudienne s'est constituée sur cette base.

La métapsychologie est un terme inventé par Freud pour décrire l'étude théorique des fonctionnements de l'inconscient. C'est à partir de la clinique que seront posés un certain nombre d'hypothèses, de concepts fondamentaux, de principes sans lesquels la réalité clinique serait incompréhensible. La métapsychologie freudienne s'appuie sur trois principes : dynamique (idée de forces antagonistes et de conflit), topique (description spatiale, géographie de l'appareil psychique) et économique (en termes énergétiques quantifiables, productrice de troubles quand elle est bloquée par exemple).

Nous allons donc dégager du corpus de pensée freudien les sept notions métapsychologiques indispensables au sexologue dans sa pratique.

L'inconscient comme sous-sol

*« Je suis comme ça... ou j'oublie tout de suite ou je n'oublie jamais.
Alors fous-moi la paix avec tes paysages ! Parle-moi du sous-sol ! »*
Samuel BECKETT, *En attendant Godot*.

C'est la notion de base de la psychanalyse. Si on considère que tout symptôme sexuel comporte une part exprimée, consciente et visible, la dimension inconsciente, obscure, invisible, en est le plus souvent le soubassement. Elle peut accompagner également le trouble organique avéré, ce que les sexologues appellent la dimension psychogène des troubles. L'évaluation, nous le reverrons, permet de mesurer cette part liée au psychisme et dans celle-ci, outre les croyances et les aspects cognitifs, la dimension du symptôme qui échappe au sujet.

C'est pourquoi revoir la définition de l'inconscient freudien va nous éclairer dans la genèse, la fonction et le sens de trouble sexuel pour un individu donné. Si dans

une première partie de sa théorie, Freud considère l'inconscient comme un système faisant partie de l'appareil psychique (inconscient, préconscient, conscient, première topique), il devient un « adjectif » dans un deuxième temps, une caractéristique qui traverse le Moi, le Surmoi et le ça, (deuxième topique à partir de 1920). L'inconscient n'est plus alors une instance séparée mais traverse les différents plans de la vie psychique et corporelle.

La notion d'inconscient s'est dégagée de l'expérience de la cure analytique mais surtout du rêve. Ses caractéristiques sont les suivantes :

- l'action principale mise en œuvre est le **refoulement** ;
- ses contenus sont des **représentants de la pulsion** :

« Les représentations inconscientes sont agencées en fantasmes, scénarios imaginaires auxquels la pulsion se fixe et qu'on peut concevoir comme de véritables mises en scène du désir » (Freud, 1915).

Les mécanismes du rêve nocturne, (déplacement, condensation, symbolisme) sont constitutifs du processus primaire (mobilités des investissements et énergie dite « libre », absence de doute, indifférence à la réalité, régulation par le seul principe déplaisir-plaisir). Ils se retrouvent dans la partie « diurne » du fonctionnement psychique à travers les actes manqués et les lapsus structurés en tant que compromis, qui, tout comme le symptôme, ont une fonction « d'accomplissement du désir » ;

- l'inconscient freudien a enfin une **valeur énergétique et dynamique** de la psyché humaine.

Ces quelques rappels orientent donc une vision du symptôme sexuel en tant qu'expression « d'autre chose », inaccessible au patient au moment de son apparition, où le réel de la souffrance s'impose dans un premier plan. La notion de préconscient est en cela très intéressante. Freud l'aborde dans le quatrième chapitre intitulé « qualités psychiques » de son dernier écrit resté inachevé, *L'Abrégé de psychanalyse*. C'est précisément cet espace du préconscient, c'est-à-dire « capable de conscience », qui sera travaillé en sexothérapie.

Lacan dans ses *Écrits* en 1966, fait évoluer cette notion d'inconscient en faisant l'analogie avec « les hiéroglyphes encore indéchiffrables dans le désert ». Ainsi, l'inconscient, sur la base des avancées linguistiques de Ferdinand de Saussure et de R. Jakobson, devient « structuré comme un langage ».

La grande révolution : l'enfant a une sexualité...

Le deuxième grand apport de la psychanalyse est l'importance de la sexualité infantile dans une perspective constructiviste précoce de la sexualité.

Dans les *Trois Essais sur la théorie de la sexualité*, Freud consacre un chapitre à la sexualité infantile. Plusieurs plans sont abordés :

- **la pulsion sexuelle** apparaît très tôt dans l'enfance et non pas à la puberté ;
- la préhistoire de l'individu est marquée par **le refoulement**. Cette « amnésie » conditionne la vie psychique dans son ensemble et détermine la vie sexuelle ultérieure. Ce sont les « destins de la libido » ;
- le petit enfant découvre son corps à partir des **zones érogènes**. Les zones érogènes sont prédestinées, bouche avec le suçotement, anus avec la sensibilité anale et enfin organes génitaux. Ces zones et les moments de découverte par l'enfant vont déterminer les stades de l'évolution de la sexualité : oral, sadique-anal et phallique. D'autres zones accessibles du corps peuvent de façon élective être des zones érogènes pour l'individu ;
- **l'auto-érotisme** est la pierre angulaire de la sexualité infantile à partir d'une satisfaction qui se fait à même le corps propre et non pas dirigée vers d'autres personnes, « ce qui permet à l'enfant de se rendre indépendant du monde extérieur » (présentation de Fabien Lamouche, 2012, p. 21) ;
- l'exploration « tous azimuts » de l'enfant sur son corps liée à l'expérience de satisfaction sexuelle a été à l'origine de cette expression très critiquée et qui a fait couler beaucoup d'encre : l'enfant est un « **pervers polymorphe** ». « Il est d'autant plus apte que la mise en acte trouve chez lui peu de résistances, parce que les digues psychiques contre les transgressions sexuelles (honte, dégoût, morale) ne sont pas encore constituées ou sont en train de l'être » ;
- **l'excitation sexuelle** est à la fois liée aux stimuli corporels en particulier cutanés (chaleur, friction...) mais elle peut aussi être la résultante d'un besoin de répétition. Ainsi processus « organiques » et émotionnels très divers se conjuguent chez le petit enfant qui va opérer un « premier choix sexuel » vers la personne qui lui procure les soins, la mère ou son substitut. La façon dont celle-ci va se comporter « corporellement » à travers les stimuli comme les bercements, les balancements, les secousses... et donc la relation à la force musculaire va « imprimer » l'enfant dans cette période extrêmement sensible. Si Freud parle d'ores et déjà de pulsion d'emprise, nous verrons que Winnicott est allé plus loin dans l'importance de ces relations corporelles précoces mère/enfant ;
- **la notion d'étayage** est au centre de la théorie. Ce terme désigne « la relation primitive des pulsions sexuelles aux pulsions d'autoconservation », les fonctions

vitales ou les besoins qui leur fournissent une source organique, une direction et un objet ;

- la sexualité s'étaye donc au départ sur des **fonctions corporelles** mais d'une part les pulsions sexuelles se satisfont de manière auto-érotique et d'autre part les pulsions d'autoconservation sont d'emblée en relation avec l'objet ;
- dans un deuxième temps, Freud aborde le « **choix d'objet par étayage** » à partir du sein maternel comme objet sexuel en dehors de son corps propre : « Trouver l'objet, c'est au fond le retrouver »... ou dans la traduction récente : « La trouvaille de l'objet est à proprement parler une retrouvaille » (*Trois Essais*, p. 190, éd. 2012).

En résumé

Pour Freud, étayage, zone érogène et auto-érotisme définissent, en étant étroitement liés, la sexualité infantile. Mais surtout, le sexuel n'est pas réductible au génital. Ce qui, pour le psychologue sexologue qui y est confronté directement à travers le symptôme, est d'une importance capitale pour ne pas répondre par une recette.

D'autre part, les questions du corps, de l'organisation pulsionnelle liée aux besoins mais aussi à la perception et à la sensorialité en devenir, s'inscrivent dans cette perspective d'une sexualité infantile fondamentale pour l'avenir de la sexualité adulte. Ainsi se posera la distance nécessaire entre le besoin et le désir à partir de la genèse de la sexualité.

Enfin, à partir de la notion dépassée aujourd'hui d'« aberrations sexuelles », dérivées en perversions puis aujourd'hui classifiées en paraphilies, la psychopathologie sexuelle a pu voir le jour à travers de concepts comme le fétichisme, le sadisme, le masochisme, l'exhibitionnisme...

Pour **Paul-Laurent Assoun**, « il y a une sexualité infantile susceptible de rendre compte du devenir et des fixations de la libido jusqu'à la puberté et à l'âge adulte. Tel est le point de vue unifiant de l'ensemble. Une transposition poétique en serait l'adage « l'enfant est le père de l'homme » prise au pied de la lettre et “scientifiquement” expliquée ».

La deuxième grande articulation de la construction de la sexualité est la **période dite œdipienne**, basée sur le mythe d'Œdipe-roi de Sophocle, en lien avec l'angoisse de castration. Entre trois et cinq ans, période caractérisée par la phase dite phallique, l'enfant éprouve des sentiments à la fois amoureux et hostiles vis-à-vis de ses parents. La triangulation œdipienne et ses avatars sont le socle de la psychopathologie psychanalytique. Les fonctions fondamentales que Freud attribue à cette période œdipienne sont les suivantes :

- le choix de l'objet d'amour est fortement marqué par les investissements et les identifications mais surtout par l'interdiction de réaliser l'inceste. Sur un plan anthropologique, Freud affirme l'universalité de l'interdit de l'inceste, renvoyant à une conception structurale de l'Œdipe et rejoignant ainsi la thèse sur la loi universelle et minimale pour qu'une culture se différencie de la nature proposée par Claude Lévi-Strauss ;
- elle permet l'accès à l'organisation « psychosexuelle » génitale par sa résolution mettant en évidence des fixations si ce « dépassement » s'effectue mal, partiellement ou dans de mauvaises conditions ;
- elle a des effets sur la structuration de la personnalité en particulier par la formation de ses « deux héritiers » : le Surmoi, qui se constitue pour Freud par l'intériorisation des exigences et des interdits parentaux (en opposition à Mélanie Klein qui fait remonter sa formation à des stades pré œdipiens), et l'Idéal du Moi, qui fait converger l'idéalisation du Moi (le narcissisme) et les identifications aux parents, modèle dans lequel le sujet cherche à se conformer. Daniel Lagache propose ce distinguo important entre l'autorité et la loi intérieure active de façon inconsciente dans le Surmoi et la façon dont le sujet doit se comporter pour répondre à cette autorité par quête d'amour dans l'Idéal du Moi.

Et comme Laplanche et Pontalis le soulignent (p. 83) :

« Le complexe d'Œdipe n'est pas réductible à une situation réelle, à l'influence effectivement exercée sur l'enfant par le couple parental. Il tire son efficacité de ce qu'il fait intervenir une instance interdictrice (prohibition de l'inceste qui barre l'accès à la satisfaction naturellement cherchée et lie inséparablement le désir et la loi...).

Ce qui sera intériorisé et survivra dans la structuration de la personnalité, c'est au moins autant que telle ou telle image parentale, les différents types de relations existant entre les différents sommets du triangle. »

Œdipe et prohibition de l'inceste ne peuvent se considérer qu'en miroir du « complexe de castration », fantasme que Freud considère être une réponse à l'énigme à laquelle l'enfant est confronté quant à la différence anatomique des sexes.

Le « primat du phallus » et sa menace de castration constituent un point extrêmement sensible dans la constitution de la sexualité du petit garçon. Laplanche et Pontalis montrent le paradoxe de la théorie freudienne du complexe de castration considérée comme plus simple pour le garçon que pour la fille. « L'enfant ne peut dépasser l'Œdipe et accéder à l'identification paternelle que s'il a traversé la crise de la castration, c'est-à-dire que s'il s'est vu refuser l'usage de son pénis comme instrument de son désir pour sa mère » (p. 77-78). Ainsi dans sa forme complète,

le complexe d'Œdipe a une double polarité positive et négative due à la bisexualité originaire de tout être humain.

Pour la petite fille, La conception phallogénique de la sexualité féminine basée sur cette conception de la quête impossible du phallus est aujourd'hui totalement obsolète. Mais nous y reviendrons. Nombre de psychanalystes ont effectué le distinguo entre complexe et menace de castration. Rappelons qu'en psychanalyse nous sommes toujours sur un plan fantasmatique, à distance du réel.

En ce sens, pour des exemples comme le renoncement, la perte ou la séparation, la castration est un « prototype » mais surtout elle est « une des faces du complexe des relations interpersonnelles où s'origine, se structure et se spécifie le désir sexuel de l'être humain » (p. 77).

Le « déclin du complexe d'Œdipe » est décrit par Freud en 1924. Cette phase qui va ouvrir la période de latence, période d'accalmie et de refoulement, fait référence à une disparition qui sera un processus de déclinaison comme le soleil disparaît à l'horizon, prêt à revenir sous d'autres formes au moment de l'adolescence ! « Comment le complexe d'Œdipe disparaît-il, non seulement sous l'effet des déceptions parentales ou par un effet endogène, mais sous les coups de boutoirs du complexe de castration » (Assoun, p. 389).

En résumé

Les étapes sont les suivantes :

- l'« œdipe » est lié à la phase phallique de la sexualité infantile ;
- l'ambivalence des sentiments et les éléments de séduction en sont des moteurs puissants mettant en évidence une double polarité (hostilité/amour envers le père et/ou la mère) due à la bisexualité considérée comme « originaire » ;
- l'angoisse de castration comme punition « potentielle » de l'inceste pousse le garçon à abandonner l'investissement objectal à la mère ;
- il s'identifie alors au père avec constitution du noyau du Surmoi et introjection de son autorité. « Cela doit aboutir, si les choses s'accomplissent de manière idéale, à une destruction et à une suppression du complexe » ;
- la période de latence peut alors commencer avec une accalmie de l'intérêt pour la sexualité, son lot de « sublimations » d'apparition de sentiments comme la pudeur ou le dégoût, d'aspirations morales et esthétiques, une amnésie qui recouvre les premières années, « un temps d'arrêt prédéterminé entre deux poussées de la libido... » (Laplanche et Pontalis, p. 220) ;
- Lacan parlera de « métaphore paternelle », en appelant la fonction symbolique paternelle « Nom-du-Père ».

La pulsion !

Ce processus dynamique consiste dans une poussée qui prend sa source dans l'excitation corporelle interne sous forme de tension. Le but essentiel de la pulsion est de supprimer cet état de tension. C'est dans ou grâce à ce processus que ce but peut être atteint. La pulsion sexuelle est à la limite du psychique et du somatique, mais ce qui est intéressant pour nous, c'est le distinguo entre pulsion et instinct : son objet n'est pas biologiquement prédéterminé, ses buts sont variables et liés aux fonctionnements des zones érogènes. Ce qui fait dire à Freud dans ses Nouvelles Conférences :

« Les pulsions sont des êtres mythiques, grandioses dans leur indétermination. »

Le dualisme pulsionnel oppose d'abord pulsion sexuelle et pulsion d'autoconservation puis plus tard pulsion de vie et pulsion de mort déclinées en pulsion d'agression ou de destruction liée à l'objet, le tout à l'intérieur même du ça, grand « réservoir » pulsionnel.

Un mot sur les pulsions partielles, qui fonctionnent indépendamment comme la pulsion scopique (voir), ou la pulsion d'emprise (« instinct de possession »). Elles sont très importantes pour les sexologues puisque leur jeu définit les activités sexuelles parcellaires de l'enfant, les préliminaires dans la sexualité adulte et enfin se mettent en œuvre dans les perversions. Dans leur définition de la pulsion sexuelle explicitée comme une poussée interne plus vaste que le champ des activités sexuelles, Laplanche et Pontalis nous disent :

« Cette diversité des sources somatiques de l'excitation sexuelle implique que la pulsion sexuelle n'est pas d'emblée unifiée, mais qu'elle est d'abord morcelée en pulsions partielles dont la satisfaction est locale » (p. 21).

Pour terminer, nous reviendrons au texte princeps « Pulsions et destins des pulsions », « texte-souche » sur ce concept, où sont inventoriés les quatre destins qui sont des éclairages forts utiles dans la compréhension des inhibitions sexuelles et leur ambivalence :

- **le refoulement**, destin principal de la pulsion ;
- **le retournement contre la personne propre**, la pulsion orientée vers l'objet se retournant vers la personne ;
- **le retournement en son contraire**, pulsion de l'activité vers la passivité, ce qui éclaire masochisme contre sadisme, exhibitionnisme contre voyeurisme... ;

- enfin la **sublimation**, où la pulsion est dérivée vers un but non sexuel comme l'art ou l'activité intellectuelle. La sublimation trouve donc son ressort dans la force de la pulsion sexuelle à partir de l'énergie libidinale.

Mystère de la libido...

Incontournable et indissociable de la pulsion, la libido est par définition l'expression du sexuel dans la vie psychique. Si la formule est entrée comme beaucoup de notions psychanalytiques dans le langage commun, elle se pense avant tout en termes d'énergie. L'origine latine *envie, désir* puis ses deux particularités qualitatives, de nature sexuelle mais aussi quantitative en ce qu'elle permet de « mesurer » les processus et les transformations dans le domaine de l'excitation sexuelle. Deux étapes la caractérisent : dans un premier temps dans les Trois essais, la libido reste très proche du désir sexuel cherchant la satisfaction et se dégageant de la fonction de reproduction. Le lien entre libido et pulsion de vie se précise à travers la référence à Éros du mythe d'Aristophane dans le banquet de Platon.

La notion de « libido du Moi » se généralise à l'ensemble des investissements de la vie psychique et fait le creuset de la notion de « narcissisme ». La « théorie de la libido » bascule en 1923 et inaugure le grand virage de « reconnaissance de deux classes de pulsions dans la vie psychique », pulsions de vie et de mort.

Il est à remarquer que la notion de libido dans la sexologie d'aujourd'hui reste sur la première version, socle du désir et de l'aspiration amoureuse, et que les notions qualitatives, mais surtout quantitatives, liées à la fonction sexuelle en termes de « volume de désir » sont très présentes dans nos consultations.

Du fantasme à la fantaisie...

Si le fantasme est au cœur du fonctionnement de la sexualité humaine, il se présente sous différentes formes et ses diverses modalités conditionnent à la fois la sexualité dans son fonctionnement « normal » mais aussi la sexopathologie.

Dans sa forme la plus simple, le fantasme est un « scénario imaginaire où le sujet est présent et qui préfigure, de façon plus ou moins déformée par les processus défensifs, l'accomplissement d'un désir et en dernier ressort d'un désir inconscient » (Laplanche et Pontalis). Ce qui est à retenir, c'est l'opposition entre monde intérieur qui « tend à la satisfaction par illusion » et un monde extérieur pétri de réalité.

On peut définir plusieurs niveaux de fantasmes particulièrement utiles au sexologue car ils sous-tendent et modèlent les symptômes :

- **les rêves diurnes**, rêves éveillés, sorte de fictions et de scénettes (Desprats-Péquignot, 1992) que le sujet se raconte sont liés à des états hypnoïdes, nous dirions aujourd’hui à une « autohypnose positive¹ » ;
- **les fantasmes inconscients** liés au désir inconscient, qui peuvent affleurer au préconscient comme dans le processus du rêve nocturne.
- On peut donc distinguer, outre le niveau conscient, un niveau subliminal et un niveau inconscient. Analogies, relations étroites et points de passage caractérisent les liens entre les fantasmes conscients et inconscients. Il y a un effet de masquage de l’un, le fantasme archaïque, par l’autre, le fantasme dans la vie concrète du sujet et l’exemple de la fixation à un fantasme dans certaines perversions renvoie à ce mécanisme. Pour exemple, Freud dans son texte « Un enfant est battu », pose les bases de la notion de masochisme décliné sous trois formes : érogène pulsionnel primaire, féminin caractérisé par la passivité et enfin le masochisme moral apparemment désexualisé qui tire son plaisir de la plainte.

Des structures sous-jacentes au contenu manifeste du fantasme peuvent se dégager. Nous en prendrons deux exemples utiles dans la compréhension de la sexualité humaine :

- **les fantasmes originaires**, structures typiques organisées en « scènes » dont Freud souligne l’universalité et transmis phylogénétiquement : scénarios sur le rapport sexuel des parents appelés scène primitive, sur la différence des sexes, (castration), séduction mais aussi vie intra-utérine, fantasmes présents quel que soit le vécu personnel ;
- **le roman familial**, lié à la période de l’Œdipe, caractérise le fantasme de modification des liens de parenté. C’est le mythe de l’enfant trouvé qui implique de nombreuses motivations : rivalités fraternelles, désir d’être un « héros », tentative de contourner l’inceste, père imaginaire, filiation étrangère à la famille d’origine...).

En sexologie, le fantasme est une sorte de carburant psychique de l’excitation, plus ou moins opérant suivant les individus. De nombreux ouvrages sont consacrés aux fantasmes masculins et féminins, mais si le mot « fantasme » est entré dans le langage courant, celui de « fantaisie » proposé par Daniel Lagache pourrait mieux correspondre à ce qu’on appelle communément fantasme sexuel.

1. En référence à Daniel Araoz qui parle de processus d’auto-hypnose négative actif dans le symptôme sexuel.

Néanmoins, le fantasme reste une des composantes essentielle de l'activité sexuelle et l'évaluation sexologique d'un trouble doit obligatoirement en tenir compte à la fois sur le plan quantitatif (présence ou non d'une activité imaginaire), mais aussi sur le qualitatif dans son contenu mais surtout dans sa fonction individuelle. L'activité fantasmatique d'un sujet est un bon thermomètre de la souplesse ou de la rigidité psychique qui conditionnera le changement dans la relation thérapeutique. C'est aussi un guide face aux dimensions du désir et du plaisir sexuel et à la relation à l'érotisme.

Un couple à l'entente difficile : « principe de plaisir – principe de réalité »

Il s'agit d'une des bases sur laquelle toute relation au corps sexué mais aussi l'ensemble de la vie affective de relation vont se construire. Il traverse l'ensemble des questionnements des individus mais aussi des couples, qu'ils s'expriment par un symptôme précis ou par un mal-être diffus.

- **Le principe de plaisir :** base de la notion de plaisir sexuel, ce principe est avant tout chez Freud « économique » en ce qu'il s'oppose dans un premier temps de façon simpliste au déplaisir, en tant qu'évitement de la tension déplaisante. C'est lui qui entraîne vers la recherche d'une satisfaction fût-elle hallucinatoire (comme le sein de la mère).

C'est en se heurtant à la question du masochisme que cette notion de principe de plaisir va évoluer. Le texte-souche de 1920, « Au-delà du principe de plaisir », va mettre en évidence plusieurs points qui marqueront un tournant : la différenciation entre déplaisir et sentiment de tension, le principe de plaisir dérivant de celui de constance, le principe de répétition « élaborative » (c'est en répétant qu'on élabore comme dans le jeu du *fort da*). La question de la pulsion de mort, de la déliaison et de la destructivité pure marque un tournant dans la pensée quand Freud se demande si le « principe de plaisir » n'est finalement pas à son service... Ceci n'est pas sans rappeler la question de l'orgasme dans sa version « petite mort », qui renvoie inévitablement à la notion subjective du plaisir chez nos consultantes. Lacan fera considérablement évoluer cette notion contestée à partir de son élaboration sur la jouissance. Il doit donc s'entendre aussi comme « le principe de plaisir et son au-delà », ce que Paul-Laurent Assoun appelle une « espèce de passage du gué théorique sous la pression du réel clinique » (p. 222).

- **Le principe de réalité :** c'est le deuxième principe régissant le fonctionnement psychique et corrigeant les conséquences du principe de plaisir en fonction des conditions imposées par le monde extérieur. Il force le « vivant » humain à savoir différer, à envisager ce qui réalisable et ce qui ne l'est pas, à mettre au point des

satisfactions et à supporter la perte et la séparation. C'est le principe de régulation du principe de plaisir. Freud fait du Moi l'instance réaliste qui assure la mise en œuvre du principe de réalité. Toutes ces notions seront enrichies par Lacan, qui rendra indissociables réel, imaginaire et symbolique.

Le narcissisme à décoder...

Entre auto-érotisme et amour d'objet, le narcissisme qui fait référence au mythe de Narcisse se définit comme « amour porté à l'image de soi-même ». Dans le texte principal « Pour introduire le narcissisme » en 1914, Freud passe d'une conception énergétique du narcissisme, où le Moi est pris dans sa totalité comme objet d'amour, à une autre conception qui se définirait par rapport à l'image d'autrui.

Basée sur la pathologie, conception abandonnée dans la seconde théorie de l'appareil psychique, il oppose un narcissisme primaire anobjectal, celui de l'enfant qui se considère lui-même comme son seul objet d'amour, le confirmant dans sa toute-puissance, son autosuffisance, facilitée par l'indistinction entre soi et le monde extérieur. Au centre du processus, Sa Majesté Bébé, (« *His majesty the baby* ») sur lequel les parents projettent leur narcissisme. Le narcissisme secondaire est en lien avec les identifications.

Ces deux pôles ont suscité de nombreuses critiques, notamment de l'école anglaise avec Mélanie Klein et Michael Balint, pour lesquels le narcissisme primaire sans relation à la mère dans un ensemble nourrisson-soins maternels est impossible.

Plusieurs pistes vont permettre de sortir de cette notion finalement assez controversée de narcissisme :

- la formation de l'Idéal du Moi, du Surmoi, de l'idéalisation et de la sublimation ;
- le « self » dans la tradition psychanalytique anglaise et américaine ;
- le stade du miroir pour Lacan.

Outre le repérage induisant des difficultés régressives comme on peut les trouver dans des troubles du désir primaire, ce qui va intéresser le sexologue c'est d'une part le lien avec la vie amoureuse et le choix du partenaire, d'autre part la passion amoureuse comme idéalisation de l'autre.

Pour ce qui est du choix amoureux, deux formes de choix se dessinent :

- **le choix de type narcissique** : ce que l'on aime c'est soi-même, une partie de soi, une partie que l'on voudrait être ou la personne qui a été une partie de son propre soi ;

- **le choix par étayage** : soit vers la femme nourricière (la mère), l’homme qui protège (le père) ou les personnes de substitution.

Nous verrons qu’en abordant le concept de collusion dans le couple (Willi, 1982), ces choix se concrétisent dans la relation.

La séduction de la femme narcissique selon Freud

« On ne saurait surestimer l’importance de ce type de femmes pour la vie amoureuse de l’être humain. De telles femmes exercent le plus grand charme sur les hommes, non seulement pour des raisons esthétiques, car elles sont habituellement les plus belles, mais aussi en raison de constellations psychologiques intéressantes. Il apparaît en effet avec évidence que le narcissisme d’une personne déploie un grand attrait sur ceux qui se sont dessaisis de toute la mesure de leur propre narcissisme et sont en quête de l’amour d’objet ; le charme de l’enfant repose en bonne partie sur son narcissisme, le fait qu’il se suffit à lui-même, son inaccessibilité... »
(Freud, 1914)

La dimension narcissique si présente dans la relation sexuelle, source de difficultés de désir, prend racine dans ces éclairages même si les plans théoriques sont discutables. Beaucoup de psychanalystes se sont intéressés à cette dimension fondamentale de la psyché humaine.

Aujourd’hui, la clinique des états limites continue à labourer ce chantier inépuisable. Nous le verrons quand nous aborderons cette question des états limites et de la sexualité.

En conclusion de ce bref panorama des concepts psychanalytiques choisis et utiles en sexologie, nous terminerons par la notion d’« **après coup** », qui pose la question du temps éclaté en psychanalyse et donc dans toute prise en charge psy prenant en compte le travail sur le sens. La relation entre le temps et les causes psychiques d’un symptôme sexuel s’illustrent à travers la définition de base de l’après coup : «... des expériences, des impressions, des traces mnésiques sont remaniées ultérieurement en fonction d’expériences nouvelles et de l’accès à un nouveau degré de développement » (Laplanche et Pontalis, p. 33). C’est ainsi que ces expériences peuvent évoluer vers un autre sens à travers non pas leur perception directe mais décalées dans le temps, à travers des traces mnésiques.

Pour ce faire il se dégage trois conditions :

1. **le moment où a été vécue l’expérience** est essentiel en ce qu’il n’a pas pu être intégré à un contexte significatif par exemple dans le cas d’un traumatisme ;
2. **l’arrivée d’événements**, de situations ou d’un niveau de maturation biologique va permettre au sujet une réélaboration des expériences après coup ;

3. **les décalages** dans la constitution de la sexualité humaine favorisent ce phénomène de remaniement constant, de réorganisation et de réinscription dans l'ici et maintenant.

Ainsi cette notion d'après coup met-elle l'accent sur la perspective dynamique de la psychanalyse et fonde la spécificité de la causalité psychique, non pas tournée résolument vers le passé comme on veut souvent le faire croire, mais comme un processus en évolution constante, qui s'actualise en permanence à travers le vécu et le symptôme sexuel, entre autres, du sujet.

BIBLIOGRAPHIE

ASSOUN P. L., (2009), *Dictionnaire des œuvres psychanalytiques*, Paris, Puf.

Chabert C. et Verdon B., (2008), *Psychologie clinique et psychopathologie*, Paris, Puf.

DESPRATS-PÉQUIGNOT, C. (1992), *La psychopathologie de la vie sexuelle*, Paris, Puf.

FREUD S., (1914), *Dans la vie sexuelle, Pour introduire le narcissisme*, Paris, Puf, éd. 1969, p. 94.

FREUD S., (1915), *Pulsions et destins des pulsions*, trad. fr. in *Métapsychologie, œuvres complètes*, t. XIII, Paris, Puf 1988.

FREUD S., (1900), *L'interprétation des rêves*, Paris, Puf, 2005.

FREUD S. (1932) *Nouvelles conférences de psychanalyse*, Paris, Gallimard, 1989.

FREUD S., (1921-1938), « Psychanalyse et théorie de la libido » in *Résultats, idées, problèmes II*, Paris, Puf, 2001.

FREUD S., (1905), *Trois Essais sur la théorie de la sexualité*, Collection Point, Paris, Gallimard, 2012, présentation Fabien Lamouche.

FREUD S., (1912), *Névrose, psychose et perversion*, Paris, Puf, 1981.

RICCEUR P., (1986), La psychanalyse confrontée à l'épistémologie, In *Psychiatrie Française* (Entre théorie et pratique -Fonctions de la pensée théorique) n° spécial, 2012.

STRAUSS L. C., (1949), *Les structures élémentaires de la parenté*, Paris, Puf, 1968.

WILLI JURG, (1982), *La relation de couple*, Paris, Delachaux et Niestlé.

11

LA PSYCHOPATHOLOGIE, GRANDE SŒUR DE LA SEXOPATHOLOGIE ?

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

SI AUJOURD'HUI la sexologie s'appuie sur les classifications psychiatriques et en particulier le DSM-IV-TR, revenir aux fondamentaux permet de mieux comprendre quels sont les tenants et aboutissants de chaque famille pathologique et d'envisager ce qui se joue derrière l'expression personnelle d'un sujet singulier, également porteur d'un symptôme sexuel et qui s'en plaint. Il ne s'agit pas ici d'opposer tradition ringarde et soi-disant modernité, mais plutôt de relativiser la méthode de classification rationalisée et rationalisante par une exploration des grandes structures de base, qui vont permettre au sexologue de se repérer et de mieux appréhender le psychisme de son patient face à sa plainte concernant sa vie sexuelle et/ou affective.

Le praticien qui utilise le diagnostic des troubles sexuels tel présenté dans le DSM, qui s'appuie aujourd'hui sur un cadre « a-théorique », a tout à gagner en affinant la compréhension des processus en jeu qui contribuent à organiser cette façon d'être au monde, aux autres et à soi-même. Le symptôme-témoin mais aussi symptôme-organisateur apaisant ou produisant l'angoisse suivant les cas et producteur de bénéfices secondaires est toujours à mesurer avec discernement et « sens clinique ». Si se référer aux classifications en vigueur met en œuvre la volonté de ne pas se tromper, si cela structure et rassure, une vision plus ouverte, plus profonde aussi,

évite un danger que tout psychologue doit éviter : poser des étiquettes et enfermer dans des cases.

« Réfléchir à la compréhension du fonctionnement psychique d'un patient mobilise l'idée stimulante d'une énigme à résoudre. » (Chabert, 2008)

Cette tâche d'enquêteur ne peut s'appuyer que sur de solides connaissances théoriques mais demande en même temps une capacité à remettre en question et à s'interroger. Face à une problématique sexuelle exprimée en première intention, trois pistes seront explorées dans une vision psychodynamique et psychopathologique :

- la limite entre « normal » et « pathologique » ;
- les « traits saillants » dans la manière d'être du patient, qui orientent vers telle ou telle construction mentale ;
- la structure de personnalité en filigrane derrière chaque trouble sexuel.

Cette grille apparemment simple va permettre de mettre en valeur la place du symptôme sexuel dans un fonctionnement psychique global. Il s'agit d'une articulation, d'un agencement et non pas d'une cohabitation de signes, qui certes a à voir avec la réalité externe, mais aussi avec le monde intérieur du sujet. La difficile question de la genèse du trouble est en ce sens très parlante. Il ne s'agit pas simplement de s'arrêter à un simple questionnaire :

- les événements qui sont susceptibles d'avoir joué un rôle dans l'apparition du trouble peuvent échapper au sujet ;
- ils ont leur dynamique propre ;
- ils peuvent, en se réactualisant dans le présent, dans un cadre et un temps différents, s'appuyer sur un fait ou un mode de fonctionnement passé ;
- deux types de facteurs ont été mis en évidence : d'une part les « facteurs historiques » repérables et d'autre part les facteurs constitutionnels, qui ont à voir avec la souplesse et la rigidité psychique, avec aussi la capacité plus ou moins présente de mettre en place des défenses pour se protéger. Ainsi le trouble sexuel ou affectif peut être « l'arbre qui cache la forêt ». C'est pourquoi tout ce repérage est indispensable au praticien qui doit rester prudent et accompagner le patient à son rythme.

Si la clinique quotidienne nous montre que les patients consultant pour troubles sexuels sont la plupart du temps du côté d'une « normalité névrotique » somme toute assez banale, si rien ne peut prédire un lien direct entre telle structure psychopathologique et tel symptôme sexuel, les quatre champs – névrose, psychose, état-limite et perversion –, et en particulier leurs visages structuraux et défensifs,

traversent chaque « cas » de façon plus ou moins évidente et il est indispensable de pouvoir les repérer.

Deux points sont à souligner :

- **en ce qui concerne la « névrose »**, disons-le, le cadre et les classifications actuels tendent à minimiser voire à nier la notion même de névrose. Ceci peut s'expliquer si on prend le concept de névrose de façon univoque et sans nuances. Catherine Chabert met très justement en garde sur cette question : «... Mais éliminer l'idée de névrose comme organisation psychopathologie mue par une logique propre fait courir le risque de négliger la dynamique du fonctionnement psychique au sein duquel ce symptôme se déploie. Or, saisir par exemple qu'un trouble obsessionnel compulsif prend place au sein d'une organisation névrotique plutôt qu'au sein d'une organisation psychotique va s'avérer d'une importance considérable pour l'attention portée au symptôme, à sa valeur fonctionnelle... et pour le projet thérapeutique qui peut être proposé au patient. » L'exemple des somatisations gynécologiques (mycoses à répétition...), si fréquentes comme trouble associé à une problématique de plaisir, exige également cette même précaution ;
- **la clinique des « états limites »**, que nous allons aborder, ne peut se contenter d'une lecture comportementaliste ni même cognitive (même si celle-ci s'ouvre aujourd'hui aux recherches sur l'inconscient) tant les racines dépressives et narcissiques sont essentielles.

Ainsi affiner la lecture clinique du trouble sexuel, quel qu'il soit en tant que processus, passe par cette étape de distinction des fonctionnements psychiques, même si nous savons aujourd'hui que les passerelles, les ponts, les glissements entre les structures obligent à la tempérance.

C'est à travers cet éclairage nuancé que nous avons choisi de mettre en perspective les grandes structures « classiques » et les problématiques sexuelles comme un des points de repère de l'évaluation et de justification du choix thérapeutique.

Il ne s'agira pas ici de reprendre en détail les organisations psychopathologiques psychanalytiques mais d'en donner les grandes lignes au niveau de la personnalité et d'en dégager les points saillants au niveau des troubles sexuels. Le choix a donc volontairement été de reprendre le modèle classique, « névrose et psychose », en actualisant les concepts dans le cadre de la sexologie d'aujourd'hui. Les états-limites dans leur déploiement et leur lien avec les troubles sexuels, au cœur de la réflexion contemporaine psychanalytique et psychiatrique, feront l'objet du chapitre suivant.

Les organisations névrotiques, pain quotidien des « sexologues »

L'histoire de la névrose débute en médecine à la fin du XVIII^e siècle. Le distinguo entre maladie des nerfs et maladie psychique ou de la personnalité naît de la clinique de l'hystérie avec **Pierre Janet**, **Jean Martin Charcot** et ses traitements par hypnose à la Salpêtrière, et bien sûr **Freud** avec les « Études sur l'hystérie ». C'est à partir du rêve et de son « travail » de déplacement, d'isolation, de transformation, de symbolisation et de refoulement que l'inventeur de la psychanalyse élabore la notion d'organisation névrotique.

« Ainsi on peut dire qu'il y a des névrosés "normaux" et des névrosés "malades"... Lorsque la souffrance devient importante, qu'une limitation de l'autonomie psychique et de la sécurité interne au quotidien empêche de mener une vie où il est possible d'aimer, de rencontrer, de travailler, ou que les actes posés par le patient ne cessent de lui nuire ou de nuire à autrui, alors le mode de fonctionnement ne peut plus être qualifié de normal. » (Freud, 1895)

Les points forts sont les suivant :

- l'importance de la psychogenèse et de l'histoire infantile du sujet ;
- la notion de conflit intrapsychique ;
- la valeur symbolique du symptôme ;
- l'importance du conflit œdipien qui peut à tout moment se réactualiser et en particulier à l'adolescence, de la triangulation et de l'angoisse de castration en tant que limitation ou sanction possible et à l'origine de nombreuses peurs ;
- les identifications sexuelles et les choix d'objet d'amour sont au centre de l'organisation névrotique ;
- les conflits entre le ça et le Surmoi (intérieurisation de l'interdit) sont à la base des problématiques de désir, de culpabilité, de rivalités et de jalousie ;
- la reconnaissance d'une bisexualité structurante mais aussi ambivalence dans le désir d'une chose et son contraire. Les mouvements d'amour et de haine la caractérisent. L'ambivalence peut se manifester aussi par une partie inconsciente qui dans le même temps s'oppose à un acte conscient ;
- les conséquences touchent souvent aux représentations de soi ou des autres, d'estime de soi ou des autres. Elles s'expriment par des inhibitions de tous ordres notamment sexuelles, affectives, sociales ou intellectuelles ;

- c'est le plus souvent l'interdit de la jouissance, de l'excitation, de la perte de contrôle qui peut signer l'organisation névrotique. La force du Surmoi y est primordiale.

« De ce fait, la névrose apparaît comme une maladie éminemment sexuelle, du fait de désirs difficiles à dompter, contrariés, d'objets séducteurs et interditeurs. » (Freud, 1895).

Si à partir de l'évolution des DSM-III puis DSM-IVTR (le DSM-V est en préparation), la nosographie des névroses s'est orientée dans un premier temps vers une atomisation des concepts, les résistances et les critiques argumentées du côté de l'humain, comme le propose Maurice Corcos (2011). Les travaux qui postulent un « syndrome névrotique général¹ » impliquant une coexistence entre troubles anxieux et dépressif, marquent les allers et retours dans les nosographies sans cesse évolutives et qui appellent à revenir aux fondamentaux, au moins pour la compréhension des cas cliniques.

Pister les organisations névrotiques...

1. Les troubles somatoformes, troubles de conversion, troubles douloureux, amnésies dissociatives, trouble de dépersonnalisation, personnalité histrionique, personnalité dépendante, sont autant de troubles traversés par les **manifestations de l'hystérie** qui, sur le plan clinique, se déclinent de la façon suivante :

- une tendance à la dramatisation et au théâtralisme, une mise en scène de soi ;
- une intensité de la sensibilité ;
- un désir d'attirer l'attention de l'autre et de lui plaire ;
- une érotisation ;
- une labilité et une dépendance affective ;
- des conduites impulsives d'attachement, de rupture, de retrait ou d'évitement ;
- des plaintes et des insatisfactions permanentes ;
- une expression somatique par mécanisme de conversion du conflit psychique sur le corps sans atteinte organique sous-jacente, comme des troubles de la motricité, du tonus musculaire, des troubles sensitifs, hyperesthésies, douleurs diffuses, troubles touchant les organes des sens (brouillard visuel, pseudo-surdité ou

1. Décrit par P. Tyrer en 1989.

pseudo-cécité...), troubles neurovégétatifs comme des ballonnements, des nausées, des vomissements... ;

- des troubles psychiques comme des processus de pensée altérés, troubles de la mémoire, pensée floue, souvenirs envahissants, désordonnés, attente que l'autre comprenne « sans parler »...
- des états dits « crépusculaires » quand l'activité fantasmatique pénètre la réalité, amnésie totale ou partielle, baisse de la conscience avec des « rêves » sur le thème de l'amour, de la reconnaissance, de l'érotisme... ;
- des troubles de l'identité et de la conscience de soi (fugue psychogène) où le patient perd pied d'avec la réalité. En ce sens, on touche à la limite de la névrose avec les cas de personnalité multiple ou les troubles hystériques graves, où on trouve des troubles dissociatifs avec une fragmentation apparente de la personnalité qui amènent aux confins de la notion de la structure névrotique et qui posent la question des structures archaïques plus anciennes que les fixations œdipiennes.

Sur le plan sexuel, on trouve les évitements tels que douleurs, dégoût, insatisfaction, incapacité à accéder à la concrétisation de son désir tout en suscitant celui de l'autre.

Sur un plan de la relation thérapeutique en sexothérapie, l'engagement passionnel suivi d'un désinvestissement inattendu marqué par la « déception » peuvent être l'issue d'une thérapie quelle qu'en soit la nature et en particulier si ce phénomène échappe au thérapeute.

La fragilité narcissique de l'hystérique se situe du côté d'une quête d'amour permanente oscillant entre soumission, revendication et insatisfaction. L'adaptation, l'attente idéalisée dans la relation de première intention débouche sur une remise en question coupable et angoissée et une intolérance à la frustration. Tous les troubles de la sexualité peuvent être teintés par cette organisation qui touche à la fois le rapport au corps, à l'affectivité et à une sexualité jamais satisfaite. Anorgasmie et troubles du plaisir, certains troubles du désir prennent racine dans cette problématique.

L'axe psychanalytique de la prise en charge des troubles sexuels permet de porter son attention sur les mouvements psychiques par rapport aux symptômes. Ainsi sur le plan de la relation thérapeutique en sexologie, on se trouve devant des sujets qui sont à la fois dans une relation forte (même conflictuelle) avec le thérapeute, avec une volonté de séduire, et en même temps dans une opposition au changement par des résistances inconscientes. En ce sens, qualité de la relation, mise en œuvre d'un regard sur soi (capacité d'insight), reconnaissance de la souffrance et travail sur la psychogenèse de la problématique sexuelle, serviront de base à la prise en charge « sexodynamique ».

2. Dans **les organisations obsessionnelles**, les TOC dans la famille des troubles anxieux et ce qui est appelé « personnalité obsessionnelle compulsive » sont la

deuxième grande famille des organisations névrotiques. Ils renvoient à la névrose obsessionnelle au sens psychodynamique.

Ruminations, rituels, processus de vérification, rigidité, ordre et précision cachent une érotisation de la pensée. Le sens du devoir, les soucis de propreté, d'économie, de collectionner, de perfectionnisme mais aussi de se contrôler tant dans l'expression que dans les gestes s'appuie sur une revendication de rigueur qui peut devenir pathologique. Comme il se doit, nous sommes là dans des traits de personnalité à détecter d'abord dans la relation avec le thérapeute. La durée de la séance, le prix de la consultation peuvent devenir très facilement des éléments de revendication récurrents, et autant de moyens défensifs pour ne pas se mettre au travail, conserver le système en place dans une tentative agressive. Amour et haine plus culpabilité associées laissent place aux exigences sévères du Surmoi. Sur le plan du développement de la psychosexualité, nous sommes dans un stade de fixation au stade anal. Plusieurs niveaux peuvent apparaître :

- le symptôme sexuel dans une personnalité obsessionnelle et sa valeur défensive ;
- le symptôme sexuel lui-même « obsessionnalisé » avec des répétitions comportementales sexuelles, des rigidités dans les habiletés sexuelles, des rituels et un envahissement de la pensée par le symptôme ;
- cette personnalité fait le lit des TOC lorsque la dimension incoercible et obligatoire devient contraignante pour le sujet sans que rien ne puisse arrêter l'angoisse. Le TOC résiste alors à cette « raison » qui jusqu'alors a fait tenir l'édifice tant bien que mal.
- les obsessions qui « assiègent¹ » le sujet, s'imposent, accaparent toute son attention. Il lutte en permanence, il doute, il vérifie... Trois types se dessinent : les obsessions idéatives - le sujet lutte contre des rêveries et des pensées stériles, des questions sans fin (ai-je bien été performant, suis-je un bon amant ?...), les obsessions phobiques liées une idée qui provoque une angoisse sans que l'évitement ne l'apaise (au contraire de la phobie), comme la peur de montrer ses émotions, de rougir par exemple. Enfin les obsessions impulsives qui sont plutôt des peurs liées à l'agressivité contre soi ou contre les autres, hanté qu'est alors le sujet par la crainte du débordement ;
- les compulsions de répétition, actes ou gestes que le sujet ne peut s'empêcher d'accomplir. On y retrouve les effets de la pensée magique qui rassure et est censée « protéger » du malheur. Les rituels sophistiqués – Freud parlait de « religion privée » – singularisent un rapport au monde contraint, organisé suivant un ordre

1. du latin *obsidere*, assiéger.

fixe qui conditionne le reste de la vie quotidienne. Néanmoins, le sujet a conscience de l'absurdité et de l'excès sans pouvoir s'en départir. La double fonction du rituel est le soulagement et la dynamique de contrainte. La dimension tyrannique déborde le sujet et atteint son entourage.

Le conflit sous-jacent est un paradoxe : d'une part une très forte excitation et une attraction vers le sexuel connoté comme sale, mal ou interdit, et d'autre part un attrait vers une forme de pureté. L'obséquiosité, la politesse excessive, les scrupules, la procrastination sont autant de signes de ce conflit très ambivalent. L'agressivité coupable mais néanmoins présente fait référence au conflit œdipien et en particulier à la relation au père en tant que rival à « éliminer » et un amour non dépassé pour la mère.

Notons la force de la pensée dans l'organisation obsessionnelle et ses conséquences sur le comportement. La formation réactionnelle, le triptyque isolation-intellectualisation-rationalisation, le déplacement et l'annulation rétroactive en sont les mécanismes de défenses.

Dans la sexualité, on retrouve les pratiques répétitives dénuées de « créativité », d'audace, qui deviennent ritualisées (toujours dans le même cadre, dans le même temps), mais aussi de contraintes d'hygiène excessives, de rapport au corps dans la recherche de la perfection de soi et de l'autre et souvent dans une grande difficulté à sortir de schémas préétablis. La quête de perfection peut devenir une véritable obsession et un véritable frein à toute sexualité évolutive pour le sujet ou dans le couple. Toutes les problématiques de choix impossibles où le sujet veut tout garder, ne rien perdre, ne pas renoncer, se retrouvent dans cette structure. Les anorgasmies primaires peuvent avoir ce visage par une maîtrise permanente qui interdit tout « lâcher-prise », toute accessibilité à un état de conscience dégagé du contrôle.

Ce qui caractérise ces organisations, c'est la rigidité de penser et d'agir (y compris sexuellement) et c'est aussi en cela que les choix thérapeutiques doivent être motivés.

Si les thérapies cognitivo-comportementales ou l'approche médicamenteuse permettent d'agir sur les effets de l'anxiété, la relation thérapeutique au cœur des approches psychodynamiques va permettre au sujet de se dégager d'une « pétrification »¹ menaçante guidée par un désir de maîtrise. L'assouplissement psychique et l'accès aux affects seront les clés, soit dans le cas d'une structure obsessionnelle, soit dans celui d'un symptôme qui s'obsessionnalise et ne seront pas toujours faciles à trouver.

3. Enfin, **la troisième organisation névrotique est la phobie**, entre crainte et évitement, où le sujet « connaît » et « reconnaît » sa dimension phobique qui s'attache

1. Voir la notion « d'affect cadavérique » d'André Green.

à un objet particulier (situation, lieu, etc.). Son expression reste assez circonscrite et s'organise autour de l'objet phobogène. À la tentative d'évitement peut succéder la mise en confrontation afin d'appivoiser la situation génératrice d'angoisse. Les « objets contra phobiques » sont en cela une possibilité de réassurance. La phobie est une composante de l'ancienne hystérie d'angoisse freudienne, elle accompagne une organisation de type hystérique ou obsessionnelle, voire schizophrénique dans le cas d'organisation psychotique sous-jacente.

Trois types de phobies se dessinent :

1. la phobie dite simple, sous la forme de peur (claustrophobie, zoophobie, acrophobie... la liste est longue) ;
2. l'agoraphobie qui concerne les foules ou les rassemblements importants ;
3. et la phobie sociale qui est caractérisée par une situation dans le relationnel marquée par des appréhensions pouvant être invalidantes jusqu'à la panique (troubles paniques du DSM-IV).

Les phobies peuvent apparaître dès l'enfance, à l'adolescence ou à l'âge adulte. Elles sont très souvent réactionnelles et liées à un traumatisme. Si les thérapies comportementales mettant l'accent sur les conditionnements et les apprentissages ont fait leurs preuves par leurs méthodes de désensibilisation quant au symptôme phobique simple, la dimension phobique qui émerge d'un trouble sexuel ou qui l'accompagne, par sa complexité et ses conséquences, nécessite une écoute orientée vers la mise en évidence des forces psychiques qui maintiennent refoulée la représentation pénible inscrite dans l'histoire du patient et la séparant de l'angoisse.

11. La psychopathologie, grande sœur de la sexopathologie ?

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

Sur le plan du symptôme sexuel, on trouve très fréquemment des dimensions phobiques dans les cas de vaginisme chez la femme (Boiron, 2012), de dyspareunie, mais aussi chez l'homme dans les cas d'anéjaculation, de troubles de l'érection (dimension phobique face à la « vacuité féminine », phobie de l'échec, phobie aussi de l'engagement et d'éjaculation précoce comme évitement de la relation et productrice également de phobie de la relation). Le système phobique est donc très souvent au centre de la spirale l'échec.

Pour conclure, la capacité du sujet à accepter la mobilisation de son désir d'évolution sera primordiale. En ce sens, dans les organisations névrotiques qui « accompagnent » ou sous-tendent les troubles sexuels, être écouté avec soin est un pas essentiel vers le changement. Il ne s'agira pas forcément de modifier un fonctionnement ou de dissoudre un symptôme, même s'il a de nombreuses conséquences personnelles et relationnelles, mais très souvent de traverser une crise plus profonde. Là est la tâche du psychologue sexologue : entendre le symptôme sexuel mais ne pas s'y fixer.

Le délicat volet de la psychose en sexologie

L'ampleur du domaine va nous obliger à simplifier notre propos même si la prise en charge de difficultés sexuelles en psychiatrie est une problématique majeure pour les malades et pour le personnel soignant. L'influence des médicaments sur la sexualité est également au centre de la prise en charge. Du fait qu'aujourd'hui la plupart des malades psychotiques sont traités hors de l'hôpital psychiatrique, leur traitement leur permettant une insertion dans une forme de réalité professionnelle, amicale ou de couple, leurs préoccupations autour de la sexualité arrivent aussi dans le cabinet du sexologue :

« La réponse actuelle la plus pertinente paraît être celle qui mérite l'appellation de "bien portant" quelle que soit la structure profonde, névrotique ou psychotique, authentique et stable, non décompensée, permettant la meilleure prise en compte possible des aléas de l'existence. »
(Bergeret 2012, p. 177)

Le but de ce chapitre sera donc de poser quelques bases utiles au praticien-sexologue :

- ce qui caractérise le registre psychotique est d'abord l'existence de **troubles graves du rapport à la réalité extérieure**. Le sujet crée une autre réalité et il affirme avec conviction des choses que les autres ne perçoivent ou ne partagent pas. L'angoisse est telle que le patient se coupe de toute réalité, il la nie, il ne fait aucune différence entre réalité et fantasmes ;
- **l'inconstance du sentiment d'identité** est le deuxième fait commun aux organisations psychotiques. L'angoisse de morcellement atteint le rapport au corps, la différence des sexes voire la différence des générations, la pensée se désagrège. « Morcelé ou persécuté, mégalomane ou damné, le patient psychotique déploie une fragilité narcissique catastrophique car il s'attaque lui-même comme il attaque l'autre » (Chabert, 2008, p. 216) ;
- l'autre et la réalité sont mis à l'écart et le délire qui leur permet de survivre se construit autour de **mécanismes de défenses** qui sont le clivage, l'idéalisation, la projection et surtout l'identification projective, le déni et la forclusion.

Nous distinguerons trois grandes familles, même si aujourd'hui la notion de psychose est beaucoup moins nette notamment avec la famille des états limites que nous traiterons dans un autre chapitre.

► **Première grande famille donc, les psychoses dissociatives ou schizophrénie.** Considérée comme la plus fréquente des psychoses chroniques, beaucoup de

recherches sont menées sur une prédisposition génétique, sur le plan cognitif, biochimique, ou sur l'imagerie cérébrale, afin d'éclairer ce qui a été longtemps appelé « démence précoce » en particulier en raison de la période de sa survenue, à la fin de l'adolescence et au début de l'âge adulte. La perspective psychodynamique reste néanmoins indispensable à la clinique, cette problématique étant centrée sur les questions d'identité avec un Moi extrêmement fragile, sans unité. Sur cette question du « narcissisme de mort », André Green parle de la « fonction désobjectivante » de la pulsion de mort, qui caractérise la dimension fantasmatique du sujet dissocié. Autodestruction, dévitalisation, pétrification, mettent en évidence un noyau mélancolique très actif dans la chronicisation.

Le syndrome délirant dans la schizophrénie peut donc prendre différentes formes, mais il a la particularité d'être vif, riche en fantasmes avec des thèmes récurrents comme le religieux ou le mystique, la persécution, la mégalomanie, l'hypocondrie, les significations particulières et érotomaniaques. Ainsi, interprétation excessive, imagination persuasive, intuition revendicatrice, illusion et déformation d'une perception, hallucinations psychosensorielles et psychiques font partie du tableau clinique.

Le syndrome dissociatif est caractérisé par une dysharmonie, une rupture plus ou moins marquée et remarquable dans l'unité de fonctionnement psychique.

Différentes formes cliniques sont observables : la schizophrénie dite simple avec quasi-absence d'hallucination ou de délire, la schizophrénie paranoïde avec des troubles de comportement (incohérences et débordements), la schizophrénie hétérotypique avec un syndrome dissociatif qui se déploie (dysmorphophobie, apragmatisme), la schizophrénie pseudo-névrotique qui pose la question du glissement de la structure névrotique vers des états de confusion et de dépersonnalisation, et enfin la schizophrénie dysthymique avec des troubles de l'humeur où le négativisme et la froideur prédominent. Le risque de suicide est toujours mesuré. Les personnalités schizoïdes et schizotypiques marquées par le retrait vis-à-vis du lien social ou une certaine bizarrerie du comportement sont aussi à repérer.

L'observation et l'écoute clinique auront là toute leur importance, notamment dans la façon de s'exprimer du patient consultant pour trouble sexuel : parole diffluente, avec un débit étrange ralenti ou saccadé, discours hermétique, incompréhensible, qui ne s'adresse pas au thérapeute, mutisme et écholalie, expressions d'angoisse désadaptées, adhésivité, discordance...

Dans sa pratique, le psychologue sexologue peut être confronté à cette organisation psychique à différents niveaux :

- soit dans le cadre d'une première consultation où les éléments délirants et/ou dissociatifs apparaissent, le symptôme sexuel étant une porte d'entrée dans la décompensation ;



- soit par un patient traité pour une psychose dissociative qui vient pour un symptôme sexuel et/ou une difficulté de couple. Il sera alors nécessaire d'être très prudent face au traitement compte tenu des effets possibles des médicaments, notamment des neuroleptiques, mais aussi dans le choix de la thérapie ;
- soit dans le cas d'une rechute pour un patient traité qui tout à coup délire sur un mode érotomane.

Pour élargir le champ des connaissances sur les liens entre schizophrénie et troubles sexuels, on peut consulter l'excellent mémoire du docteur François Maillard : « Diagnostic et traitement des dysfonctions sexuelles chez le patient schizophrène : Enquête de terrain, état actuel des connaissances¹. »

► **La deuxième grande famille est la paranoïa.** Ce qui est frappant, c'est le décalage entre l'intelligence souvent remarquable de ces patients et leur délire systématisé qui se construit autour d'un thème avec cette impression de stabilité dans une conviction autour de « la vérité ».

Comme il faut toujours faire le distinguo entre maladie mentale installée (avec ou sans délire) et traits de personnalité, voici les points à repérer pour le sexologue :

- une hypertrophie du Moi qui s'inscrit dans une psychorigidité caractérisée par l'autorité, la critique, le mépris, l'intolérance, la domination sur autrui qui est à mesurer dans le cas par exemple de violences conjugales ;
- une méfiance, une hyper susceptibilité liées à un sentiment de persécution, avec soit une réaction d'agressivité, soit une façon d'être trop « policé » ;
- une surinterprétation, un désir d'avoir toujours raison sans laisser place au doute ni à la nuance nécessaires à l'appréhension de la réalité ;
- une inadaptation sociale et à l'environnement qui caractérise la dimension pathologique du sujet à la personnalité paranoïaque quand le délire prend toute la place.

Dans la maladie mentale avérée, plusieurs types de délire sont à l'œuvre :

- **le délire d'interprétation**, ou délire « en réseau », où le sujet donne sens à tout dans des chaînes de pensée associatives qui ne laissent aucune place au hasard. Il se sent persécuté, l'objet de malveillance permanente, l'objet de complots. La difficulté est qu'au départ le délire sous forme de plainte peut paraître crédible par son aspect logique et plausible ;

1. <http://www.aihus.fr/prod/system/memoire/files/MAILLARD.pdf>.

- **le délire de relation**, sur des thèmes d'humiliation, de moquerie, d'injustice... Ces sujets peuvent être très déprimés et le risque suicidaire est souvent latent ;
- **le délire passionnel**, ou délire « en secteur », où les mouvements d'amour et de haine dominent avec exaltation et isolation du mécanisme délirant basé sur l'intuition et l'interprétation. Le sexologue doit pouvoir détecter ce type de problématique qui s'inscrit dans la sexualité avec les délires érotomaniaques où tout est décrypté par le sujet comme codes, signes infaillibles, dans le cadre d'une fixation sur une personne proche ou au contraire qui n'est même pas rencontrée dans le réel (artiste, vedette, homme politique connu...). Le surinvestissement du lien à l'autre est au centre de cette problématique, dans une toute-puissance mêlée à la conviction inébranlable d'être menacé. Le délire de jalousie lié à la suspicion vis-à-vis du conjoint, passera par une surveillance, une conviction d'adultère, une crainte de la trahison où les risques vitaux sont très présents en termes de suicide, d'agression ou même de meurtre. Enfin il y a le délire de revendication, fixé également sur un « secteur » et que l'on retrouve chez les « procéduriers », qui réclament justice et réparation en permanence y compris à leur propre avocat !

Tous ces thèmes peuvent se retrouver à minima dans la personnalité paranoïaque et la relation thérapeutique peut en être très fortement influencée. Notamment dans la prise en charge des couples en difficulté mais aussi quand le trouble sexuel s'inscrit dans ce type d'organisation psychologique où se retrouvent les mécanismes de projection, l'expulsion hors de soi et l'attribution à l'autre de désirs, de sentiments ou d'idées refusées comme étant propres au sujet. Les angoisses d'empiétement, de pénétration, d'intrusion, d'envahissement par l'autre que l'on retrouve dans certains symptômes sexuels comme le vaginisme, l'incapacité de nouer une relation affective et/ou sexuelle ou le sentiment d'être une victime incomprise, peuvent prendre racine dans ce type de fonctionnement. La question des abus sexuels, de la violence conjugale, de l'hypersexualité comme de son évitement construit, jalonnent les consultations des sujets à tendance paranoïaques.

Il importe donc d'être une fois de plus très à l'écoute pour en percevoir les mécanismes, car c'est toute la prise en charge qui sera ainsi teintée, notamment au niveau de la relation de confiance et d'empathie. Face à ce type de personnalité, tout le travail du thérapeute sera, à partir du symptôme sexuel « d'appel », de maintenir et de renforcer les composantes du fonctionnement psychique autres que celles qui se centrent sur le thème paranoïaque, de tenter d'assouplir les défenses rigides mises en œuvre. La fonction contenante du thérapeute est là mise à l'épreuve car le risque de devenir le « persécuteur » ou « l'incompétent » est ici massif.

► **La troisième grande famille comprend les troubles bipolaires, manie et dépression.** Si les troubles de l'humeur traversent différentes organisations

psychopathologiques, la « bipolarité » se décline dans le DSM en « trouble dépressif majeur », « troubles bipolaires I et II », « troubles cyclothymiques », marqués par un registre *a minima* et des « épisodes maniaques isolés ».

La « thymie », ou humeur, prend racine dans la médecine antique qui mettait en évidence les quatre humeurs fondamentales : le sang, le flegme, la bile et la bile noire. Aujourd'hui, dans le langage commun, se faire de la bile ou avoir le sang chaud renvoient encore à ces quatre qualités liées dans l'antiquité aux quatre éléments : l'eau, l'air, le terre, le feu.

Les troubles de l'humeur sont soit unipolaires, soit en alternance (« maladie maniaco-dépressive »). Deux phases se manifestent donc, soit de façon cyclique, soit de façon univoque.

L'accès mélancolique renvoie au vécu dépressif : tristesse, pensée laborieuse, troubles de la mémoire, ralentissements psychomoteurs, troubles des conduites alimentaires, sentiment de dévalorisation, douleur morale intense. Le risque suicidaire est bien sûr majeur surtout lorsque le sujet est moins inhibé.

L'accès maniaque, quant à lui, est marqué par son arrivée brutale. C'est une excitation marquée par une fuite des idées, une hyperactivité verbale et comportementale improductive, chaotique, une humeur euphorique morbide, des thèmes mégalomaniacques de créativité géniale auxquelles peuvent s'associer des idées délirantes. Ce qui est marquant reste la conscience qu'a le sujet de l'arrivée de la crise, ce qui modère le classement de la maladie maniaco-dépressive dans les psychoses. En consultation de sexologie, le fonctionnement maniaco-dépressif est à repérer. Les traitements en cours, les causes externes comme l'alcool ou les stupéfiants ainsi que les atteintes cérébrales ne sont pas à écarter.

Si de nombreux travaux sur les origines biologiques ou génétiques sont au centre de la recherche actuelle sur la bipolarité, la dynamique psychique reste éclairante pour le praticien. La sexualité reste une dimension très sensible à l'humeur et le profil psychique peut sous-tendre une activité sexuelle elle-même bipolaire très déconcertante en particulier dans les mouvements de désir sexuel et en termes d'exigences sexuelles vis à vis de l'autre.

Par ailleurs, le lien entre dépression et sexualité est très subtil. L'état dépressif est souvent accompagné par une chute de la libido ou par des symptômes sexuels du type dysfonction érectile chez l'homme et par de troubles du désir secondaire ou dyspareunie chez la femme. Toute dysfonction sexuelle pouvant être teintée par des affects dépressifs, il est nécessaire pour le sexologue de mesurer l'impact de la dépression sur la sexualité. De même, un trouble sexuel récurrent, voire résistant, peut être source d'un état dépressif plus ou moins exprimé et invalidant. Là encore,

les effets des médicaments antidépresseurs, les conséquences des traitements ou des hospitalisations seront à prendre en compte dans les choix thérapeutiques.

En conclusion

Pour conclure ce chapitre, qui n'avait pour but que d'éclairer le praticien sexologue sur les bases psychopathologiques des deux grandes familles de structures et leurs aléas évolutifs du côté de la maladie mentale, nous pouvons dire que psychopathologie et « sexopathologie » sont intimement liées sur des axes très variables, soit au niveau des causes des difficultés, soit au niveau de leurs conséquences, soit au niveau du sens de leur expression dans la globalité somatopsychique du patient. Des études plus précises seraient à mettre en place pour clarifier ce lien.

Nous laisserons la parole à Jean Bergeret en guise de pont vers le prochain chapitre :

« Bien sûr en psychopathologie, il n'existe pas que les deux seules lignées psychotiques et névrotiques. D'autres organisations seront décrites comme occupant une position intermédiaire entre la structure névrotique stable et la structure psychotique stable : il s'agit de toute la vaste catégorie des états-limites avec leurs aspects dépressifs ou phobiques et leurs aménagements dérivés sous forme de perversions ou de maladies de caractères. » (Bergeret, 2012, p. 143)

BIBLIOGRAPHIE

BERGERET J. et coll., (2012), *Psychologie pathologique*, coll. Abrégé, 11^e édition, Elsevier Masson.

BOIRON M., (2012) Le lieu fendu défendu, in *Sexualités Humaines*, n° 12, 2012, Éd Méta-walk.

CHABERT C. et VERDON B. (2008), *Psychologie clinique et pathologique*, PUF, Paris

COHEN DE LARA A., MARINOV V., MÉNÉCHAL J., (2000), *La névrose obsessionnelle, contraintes et limites*, Paris, Dunod.

CORCOS M., (2011), *L'homme selon le DSM*, le nouvel ordre psychiatrique, Paris, Albin Michel.

DEBRAY Q., (2007), *Amours, sexualité et troubles de la personnalité*, Paris, Privat.

FREUD S., (1895), *Etudes sur l'hystérie*, Paris, Puf.

ISRAËL L., (1999), *L'hystérique le sexe et le médecin*, Paris, Masson.

LEFEVRE A., (2000) *De l'Hystérie à la sexualité féminine*, Paris, L'Harmattan

12

BORDERLINE : QUELLES LIMITES POUR LA SEXUALITÉ ?

LA CLINIQUE des « états limites » est aujourd'hui un questionnement qui traverse à la fois la psychiatrie et la prise en charge psychothérapique. « Cas-limite », « borderline », regroupent une complexité nosographique à la marge à la fois des tableaux cliniques dits névrotiques et ceux qualifiés de psychotiques.

S'il est indispensable de s'y arrêter plus précisément, c'est parce que les comportements associés sont souvent au centre des demandes : hypersexualité, sexualité « narcissique », addictions...

Dans le miroir blessé...

Plusieurs tendances se dessinent pour décrire les états dits « limites » :

- la notion de personnalité ou de caractère est au centre de cette description mettant à distance toute classification entre névrose et psychose classiques, caractérisées par leur fixité, stabilité et spécificité ;
- les états-limites sont des organisations autonomes et distinctes mais qui paradoxalement utilisent des modes de défense soit psychotiques, soit névrotiques suivant les cas ;

- par contre, deux organisations défensives sont repérables systématiquement dans cette structure : le clivage et la projection ;
- pour Jean Bergeret, l'aménagement limite s'organise très précisément après une première évolution psychique « normale » :

« On rencontre en effet très couramment en clinique quotidienne des patients dont le Moi a dépassé, sans trop d'encombres, le moment où les frustrations du premier âge auraient pu opérer des frustrations prépsychotiques tenaces et fâcheuses et qui n'ont pas, non plus, dans leur évolution ultérieure régressé à de telles fixations. Cependant, au moment où s'engageait pour eux l'évolution oedipienne normale, ces sujets ont subi un traumatisme psychique important. » (Bergeret, 2012, p. 203)

Ce traumatisme joue alors le rôle de premier organisateur : l'évolution libidinale s'arrête, se fige dans ce que Jean Bergeret appelle une « pseudo-latence ». L'évolution maturative du Moi qui devait permettre au sujet de vivre une adolescence avec ses particularités de réaménagement affectif s'est arrêtée dans une instabilité psychique. Le sujet a pu atteindre une relation à l'autre mais fortement teintée d'angoisse de perte. C'est pourquoi le danger contre lequel lutte l'état limite est la dépression. La relation d'objet de l'état-limite demeure une relation à deux mais non pas sur un mode fusionnel, incluse dans le narcissisme de la mère comme dans la psychose. Il n'y a donc pas d'éclatement du Moi mais plus une déformation devant la menace. Il s'agit d'être aimé de l'autre, le fort, le grand, en étant à la fois séparé de lui en objet distinct et à la fois en s'appuyant contre lui. C'est ce qui définit une relation d'objet de type anaclitique. La dépendance vis-à-vis de l'autre en est le moteur. La blessure narcissique en est le centre.

Jean Bergeret insiste sur la notion d'aménagement plus que de structure par ses caractères d'instabilités, d'évitements dépressifs, de maintien d'équilibre précaire, de ruses psychopathiques. L'évolution peut en être aiguë, à tout âge de la vie et l'occasion du deuxième traumatisme peut faire basculer le sujet dans une grande crise d'angoisse aiguë de type paroxystique comme le dit P.C. Racamier, à la fois « pré-psychotique, pré-névrotique et pré-psychosomatique ». Les trois voies d'évolution aiguës sont donc possibles.

Le borderline, un funambule ? _____

Nous pouvons voir à quel point la question de la marge, de l'instabilité, de la menace d'une bascule toujours possible, caractérise son rapport à l'autre, au monde et bien sûr

à la sexualité. Ainsi, en dehors des évolutions aiguës décrites plus haut, somme toute assez claires, le sujet « limite » évolue le plus souvent de façon relativement stable. Le leurre des personnalités « comme si » (*as if*) a été théorisé par Hélène Deutsch, qui a posé les premières pierres descriptives et théoriques des « état-limites ». Winnicott, avec la notion de « vrai et de faux self », a mis l'accent sur la relation à la mère dans sa qualité, le sujet apparaissant bien adapté aux exigences de l'environnement, montrant une apparente normalité en contraste avec un manque de chaleur et une pseudo-affectivité.

« Rien ne fait supposer l'existence d'un trouble, le comportement n'a rien d'exceptionnel, les capacités intellectuelles ne paraissent pas lésées, les expressions affectives sont bien ordonnées et appropriées. Mais en dépit de tout cela quelque chose d'intangible et d'indéfinissable s'interpose entre l'individu et ses semblables et fait naître invariablement la question "qu'est-ce qui cloche ?" » (Deutsch, 1933)

Dans les évolutions stables, deux aménagements se distinguent, utiles au sexologue : les aménagements caractériels et les aménagements pervers :

Dans les aménagements de type caractériel, nous trouvons :

- **Ceux qui « jouent à la névrose »** (Racamier parle de « névrose de caractère », terme inapproprié pour Bergeret). Il s'agit en fait d'une « pseudo-névrose » caractérisée par une fantasmagorie faible, souvent une hyperactivité axée sur le comportement, les personnes ne se déclarant pas « malades » et encore moins anormales mais accusant l'environnement de l'être, mettant en avant leur conjoint et non pas eux-mêmes. Ils imitent plus qu'ils ne s'identifient, ils dominent l'autre plus qu'ils n'entrent en relation. Ils utilisent l'autre comme étayage narcissique. La dimension immature de la relation affective prédomine ;
- **Ceux qui « jouent à la psychose »**. Le patient ne dénie pas le réel mais il n'évalue pas correctement la réalité. Il se protège de tout élément gênant extérieur, son narcissisme étant au premier plan de toute relation, il « s'arrange » avec la réalité. Ce sont souvent des « hommes d'action », brillants, hyperactifs, déconcertants, imprévisibles, dans le besoin d'être aimés ou craints sans cesse par leurs partenaires ou leur entourage ;
- **Ceux qui « utilisent des modes pervers »** dans un besoin narcissique profond. Bergeret les qualifie « d'agressifs gentils », mettant en avant une « perversité » de caractère sans souffrance ni culpabilité. Il est dans le déni du droit de l'autre à posséder son propre narcissisme, avec un désir sous-jacent d'utilisation de l'autre pour renforcer le sien. C'est le manipulateur par excellence qui avance masqué. Concernant les aménagements de type pervers des états limites :

- **l'angoisse dépressive sous-jacente est évitée par un déni qui porte sur une partie du réel.** Dans la psychodynamique psychanalytique, cette part de réel est symbolisée par le sexe féminin qui est nié, laissant place à un « objet partiel » de type phallique. Le mode d'investissement narcissique est massif, l'objet partiel se situant entre l'auto-érotisme (partie du corps, fixation très érotisée, le pied dans le fétichisme par exemple) et une relation à l'autre mal construite. L'hypothèse principale est que la pulsion et l'objet partiel se sont liés trop tôt, le Surmoi (interdicteur et structurant) n'a pu se former et donc la question de la « limite » est ignorée par le sujet qui se trouve alors tout-puissant, entièrement tourné vers lui-même. Le besoin narcissique est alors compulsif et agressif ;
- **la question de la jouissance est au centre de cette organisation qui n'est ni vraiment délirante, ni vraiment œdipienne.** « À travers le vaste groupe des états-limites et de leurs dérivés, c'est le pervers qui se risque très près de la position psychotique sans pouvoir profiter toutefois des redoutables mais solides défenses dont bénéficie cette dernière structure » (Bergeret, 2008) ;
- **Paul-Claude Racamier a introduit la notion de perversion narcissique** (Racamier, 1985) qui consiste en « une propension active du sujet à nourrir son propre narcissisme au détriment de celui d'autrui ». Le sujet se valorise alors en attaquant le Moi de l'autre, en le disqualifiant et en jouissant de sa déroute. C'est la permanence, la nécessité compulsive de ce comportement, son inscription dans le caractère où l'autre n'est qu'ustensile, « pour eux le mensonge compte comme une vérité » (Denis, 2012). Si le clivage est le mécanisme principal dans la relation à l'autre, l'emprise en est la manifestation. Le fantasme sous-jacent décrit par Racamier comme « l'enfant-depuis-toujours-et-à-tout-jamais-irrésistible », requalifiant la relation mère/enfant non pas à travers l'interdit œdipien qui permet l'existence d'objets d'amour ultérieurs, mais où l'enfant séduit narcissiquement « deviendra ou demeurera comme un organe de la mère ». L'enfant est alors « la chose » de la mère à travers un sentiment de complétude et toute-puissance¹.

Au bord du miroir...

Nous voyons que le borderline est un funambule qui oscille, se récupère, a peur de la chute tout en gardant un narcissisme aveuglant. La question du Moi et ses limites se pose et nous verrons avec les travaux de Didier Anzieu sur le Moi-peau que nous sommes au cœur de ses problématiques.

1. Notion d'antiœdipe de Racamier.

Les manifestations symptomatiques qui accompagnent la demande autour de la sexualité sont autant de clignotants à repérer pour le sexologue dans son évaluation. Parmi les diverses manifestations corporelles et comportementales, relevons en particulier les passages à l'acte sexuels impulsifs et multiples, les accès de violence, les conduites compulsives, qui démontrent une incapacité à canaliser l'énergie pulsionnelle et l'excitation qui la caractérise. Ainsi, on retrouve ces manifestations dans les conduites addictives à l'alcool, à la drogue, au jeu et bien sûr à la sexualité. Toutes les instabilités affectives, les troubles des conduites alimentaires, les actes de délinquance, les prises de risque répétitifs et les agressions sexuelles entrent dans ce champ. La dimension phobique peut aussi être massive, en particulier quand la peur envahit tous les domaines de la vie de façon irraisonnée (panphobie). Sont également à relever les signes de type rationalisation hyper-rigide, les somatisations (nous y reviendrons avec les travaux de Marty sur la pensée opératoire), ou encore les états crépusculaires avec dépersonnalisation, souvent rapidement résolus. Sur le versant dépressif, le sujet lutte en permanence contre l'émergence d'une dépression latente. L'autocritique, l'auto-mortification, les sensations de vide, de lassitude infinie, d'ennui récurrent, envahissent le sujet sans pouvoir y donner sens.

Des alertes pour le sexologue

La question de la limite entre intérieur et extérieur chez le patient, entre sujet et objet, renvoie à la notion « d'aire transitionnelle » de Winnicott, au manque, à la perte de l'autre entraînant la perte de soi, à l'absence très difficilement élaborable. Les travaux d'André Green (1980) sur « Le complexe de la mère morte » ainsi que le très beau texte de J.-B. Pontalis, *Perdre de vue* (1988) illustrent cette angoisse.

L'apparente personnalité normative et la dépression masquée sont marquées par une mise distance des affects, une inflation dans le mépris ou le dédain, ou au contraire par des comportements adhésifs.

À travers l'expression de l'hostilité en tant que peur de perdre, apparaît la valeur fonctionnelle de la haine, toujours dans le but d'une protection narcissique. Les travaux de Nicole Jeammet (2003) sont en ce sens très éclairants. La haine n'est pas seulement l'autre face de l'amour mais elle renvoie aussi à l'existence même du sujet dans sa capacité d'être. Les comportements agressifs et destructeurs, voire violents dans les couples, sont autant de signaux d'alarme d'un fonctionnement limite.

La question de la loi intériorisée, portée par le Surmoi, mais aussi « l'inversion » de cette loi, posent directement la question de la limite.

La relation au narcissisme marquée par l'autosuffisance sexuelle, que l'on retrouve dans les masturbations compulsives excluant d'une relation duelle, est également fondamentale.

En ce sens, la psychosexualité des fonctionnements « limites » engage plusieurs niveaux de réflexion :

- la place centrale qu'occupe **le masochisme** dans la psychodynamique psychanalytique¹ en tant que fantasme insuffisamment refoulé (masochisme moral décrit par Freud) ;
- la **spécificité du complexe d'Œdipe** qui ne s'inscrit pas dans la triangulation et ses effets de refoulements et de renoncements mais dans une problématique de clivage entre le bon et le mauvais objet, les figures parentales étant investies comme le double inversé de l'autre. Le défaut de refoulement des fantasmes incestueux et parricides se heurte à un interdit pas tout à fait stable et donc suscite des conduites marquées par l'angoisse et une excitation d'ordre sexuel qui peut mener au passage à l'acte. Ce qui est appelé fantasme de la « scène primitive » renvoie le sujet non pas à une structuration qui ouvrira la voie à la curiosité et à l'autoérotisme (comme dans la névrose), mais à une angoisse d'abandon ;
- la **défaillance du refoulement** se manifeste également fantasmatiquement, d'une part dans les fantasmes de séduction où le sujet se vit non plus comme « victime » de la séduction de l'autre mais comme criminel, par exemple chez les adolescentes anorexiques ou aux conduites suicidaires compulsives qui vivent leur corps comme persécuteur et n'ont de cesse que d'arriver à l'extinction des pulsions, et d'autre part dans la problématique du désir où le sujet désavoue le désir de l'autre afin de « ne pas penser comme lui ». « Les stratégies qui conduisent à ces positions sont complexes et subtiles : sous-tendues par une extrême dépendance, elles mobilisent des mouvements de rejet et de rupture à travers la répétition compulsive de scénarios sacrificiels (Chabert, 2008) » ;
- même si dans le DSM-IV, la perversion sexuelle a laissé la place à la paraphilie (qui a une valeur descriptive indéniable), même si de « perversion » on est passé à « déviation sexuelle » puis à « variation sexuelle », il est indispensable pour le sexologue de faire le distinguo entre perversion narcissique et perversion sexuelle car la perversion narcissique n'est pas forcément anti-sexuelle, elle est plutôt anti-amoureuse. La sexualité est alors clivée et ne sert qu'à entretenir la valorisation narcissique du sujet qui cherche à impressionner, à dominer, à humilier. Par contre,

1. Voir le texte de Freud « Un enfant est battu » 1919, et le problème économique du masochisme 1924.

12. Borderline : quelles limites pour la sexualité ?

la perversion sexuelle peut se considérer comme la forme érotique de la perversion narcissique, voire, faisant référence à Robert Stoller (2007), comme la « forme érotique de la haine ». Le fait d'imposer des pratiques sexuelles à quelqu'un qui ne le veut pas a pour but de porter atteinte à l'organisation de sa sexualité mais surtout de son psychisme.

Selon Denise Médico¹, psychologue et sexologue à l'université de Genève qui a analysé les mécanismes permettant de distinguer parmi les paraphilies, il y a celles qui ont le caractère d'une perversion sous-tendue par la haine (notamment la pédophilie), et celles qui constituent un mécanisme de défense exempt de perversité en réponse à un traumatisme subi dans l'enfance (le fétichisme par exemple). Le caractère hautement destructeur de la perversion dans cette place particulière de la haine dans la relation pose la question du sens du consentement (Eiguer, 1996). C'est dans cette perspective ouverte, à la fois éclairée par la psychodynamique pour sa compréhension profonde mais aussi cadré par des travaux plus récents, que le psychologue sexologue aura à situer son patient pour l'accompagner au mieux quand celui-ci formule une demande autour d'une difficulté sexuelle.

En conclusion

Nous avons vu combien la problématique narcissique est au centre de ces « états-limites », avec ses différents volets et ses aménagements. Le fonctionnement sexuel et ses aléas sous forme de symptômes, partie intégrante de l'individu dans son unité somatopsychique, en seront fortement influencés en particulier au niveau du désir et du sens de celui-ci pour le patient. Toute sa relation à son propre plaisir et à celui de l'autre pourra en être perturbée, rigidifiée, bâillonnée ou annulée. Bien des inhibitions sexuelles trouvent leurs racines dans des « défauts » de construction plus globale de la personnalité, le symptôme sexuel n'étant alors qu'un mode d'expression d'une détresse bien plus profonde.

Parfois le funambule tombe aussi de son fil...

1. Denise Medico, MA, Certificat de sexologie clinique, Université de Genève, février 2006.

BIBLIOGRAPHIE

EIGER A. (1996), *Le Pervers narcissique et son complice*, Paris, Dunod.

DENIS, P. (2012), *Le Narcissisme*, Paris, PUF, coll. « Que sais-je ? ».

DEUTSCH H. (1933-1970), *Les « comme si » et autres textes*, Paris, Le Seuil, 2007.

GREEN A. (1980), « La mère morte », in *Narcissisme de vie, narcissisme de mort*, Paris, Éd. de Minuit, 1983.

PONTALIS J.-B. (1988), *Perdre de vue*, Paris, Gallimard.

JEAMMET N., NEAU, F. ROUSSILLON R. (2003), *Narcissisme et perversion*, Paris, Dunod.

RACAMIER P.-C. (1985), « La perversion narcissique », II^e congrès international de thérapie familiale psychanalytique, Grenoble, paru dans *Gruppo* n° 3.

STOLLER R. (2007), *La perversion, forme érotique de la haine*, Paris, Payot, coll. « Petite Bibliothèque Payot ».

13

LES ARMES CACHÉES DE L'INCONSCIENT

L'APPROCHE PSYCHODYNAMIQUE en sexologie ne serait pas cohérente sans expliciter un des axes dynamiques de l'inconscient en lien avec l'expression consciente des troubles sexuels et affectifs dans la vie individuelle et de couple : les défenses psychiques dans toutes leurs dimensions. Il convient donc d'étudier leur nature et leur mode d'action en sexologie, la question du « dégagement » et enfin le rôle de l'interprétation de certains de ces mécanismes de défense dans le processus de changement face au symptôme sexuel.

Les mécanismes de défense _____

Pour commencer et illustrer notre propos sur le jeu des défenses et des résistances, nous emprunterons ce conte de Tolstoï qui métaphorise parfaitement la nature des forces psychiques en action à l'intérieur du sujet mais aussi dans toute relation.

Le soleil et le vent

Le soleil et le vent se disputaient, chacun d'eux se prétendant le plus fort. La discussion fut longue, car ni l'un ni l'autre ne voulait céder. Voyant un cavalier sur la route, ils décidèrent

d'essayer, sur lui, leurs forces. « Regarde, disait le vent, je n'ai qu'à me jeter sur lui, pour déchirer ses vêtements. »

Et il commença à souffler de toutes ses forces. Plus le vent faisait d'efforts, plus le cavalier serrait son manteau, il grognait contre le vent... mais il allait plus loin, toujours plus loin... Le vent se fâcha, déchaîna sur le voyageur pluie et neige. Mais celui-ci s'entourait de sa ceinture et ne s'arrêtait pas.

Le vent comprit qu'il n'arriverait pas à lui arracher son manteau. Le soleil alors sourit, se montra entre deux nuages, sécha et réchauffa la terre. Le cavalier, qui se réjouissait de cette douce chaleur, ôta alors son manteau.

Aborder le vaste sujet des mécanismes de défense, pour qu'il soit utile au sexologue, nécessite à la fois un retour sur les bases du concept freudien et une limitation quant aux listes proposées, car le chantier sur ce sujet est vaste. Cela suppose aussi une actualisation du concept en lien avec le DSM-IV et la notion de dégagement indissociable du mécanisme psychique de la défense, et enfin une approche de la notion de coping.

Nous prendrons comme base la définition de Laplanche et Pontalis :

« La défense est l'ensemble des opérations dont la finalité est de réduire, de supprimer toute modification susceptible de mettre en danger l'intégrité et la constance de l'individu biopsychologique. »

Le Moi est à la fois l'enjeu et l'agent de ces opérations.

Pour Freud, la défense peut prendre une allure compulsive et opère au moins partiellement de façon inconsciente. Si on reprend la littérature freudienne, on peut comptabiliser dix mécanismes de défense : le refoulement, la sublimation et la formation réactionnelle, la projection, le retournement contre soi et la transformation en son contraire, l'introjection ou l'identification, l'annulation rétroactive et l'isolation.

Anna Freud en particulier dans ses échanges avec Sandler distingue les mesures défensives des mécanismes, ce qui apporte une première nuance qui sera longuement reprise par différents chercheurs. Les manœuvres ou encore mesures défensives seraient beaucoup plus compliquées. Pour Anna Freud, la défense est conçue « comme partie intégrante du processus et non pas comme une structure fossilisée », point fondamental renvoyant à une dynamique de la défense en particulier sur le plan thérapeutique.

Le Moi se défend contre deux cibles : les pulsions, en particulier les pulsions du ça telles que nous les avons définies dans un chapitre précédent, et les affects : l'amour, la douleur, le deuil en sont quelques exemples. Le Moi se défend par peur du Surmoi interdictif puissant et lutte contre la pulsion qui cherche à advenir à l'intérieur du

sujet. Autre motif de défense décrit par Anna Freud : la peur réelle liée au monde extérieur et la crainte que la pulsion devienne excessive, auquel s'ajoute le besoin de synthèse du Moi entre deux forces (homosexualité et hétérosexualité, passivité et activité...). Ce besoin de synthèse du Moi est particulièrement actif dans les difficultés marquées par des troubles de l'identité ou de l'orientation sexuelle.

Réussite et échec de la défense ont été au centre des réflexions psychodynamiques, et si nous restons quelques instants dans cette métaphore « guerrière » évidente de la défense, nous comprenons qu'une défense « réussie » restreint le domaine de la conscience, qu'elle peut être dangereuse notamment dans ses conséquences pour la santé physique et/ou psychique. Sandler parle lui de l'échec de la défense en miroir avec le symptôme : « Les symptômes sont construits très soigneusement comme des mesures de dernière ligne lorsque la défense échoue. »

La nuance viendra de **G. E. Vaillant**, avec les notions de « défense adaptative » qui présentent cinq caractéristiques et font considérablement évoluer la notion purement psychanalytique liée aux conflits internes du sujet : la défense adaptative facilite l'homéostasie interne et l'adaptation du sujet à son environnement dans un mode d'action qui agit sur l'affect pour en réduire les effets négatifs comme la douleur par exemple par le mécanisme de l'anticipation. Elles s'inscrivent dans une perspective temporelle et doivent être spécifiques pour être actives (comme une clef qui correspond à une serrure). Enfin, les défenses adaptatives canalisent plus qu'elles ne bloquent et en ce sens rendent leur « utilisateur » plus adapté. En termes de « normal » et de « pathologique », la position de Vaillant est très claire : la défense n'est pas une preuve de pathologie.

Ainsi « la double fonction » de la défense, positive et négative, est essentielle dans l'analyse qu'on peut en faire dans une évaluation sexologique psychodynamique. La « défense » est pour Vaillant une métaphore, un processus mental de régulation qui vise à restaurer l'homéostasie psychique et qui décrit « l'obscurcissement temporaire de la réalité par les pensées, des sentiments et des comportements ». Cet « obscurcissement » est évident pour un symptôme sexuel comme le vaginisme, où la réponse automatique de fermeture fait sens pour ces femmes, à la fois dans sa fonction protectrice et interdictrice.

Il va d'ailleurs plus loin lorsqu'il dit qu'il y a autant de défenses que de couleurs de l'arc-en-ciel et qu'elles forment un tout, que ce sont leurs combinaisons qui nous permettent de comprendre le fonctionnement psychique.

En ce sens l'exemple du déni, si fréquent dans nos consultations quand on sait le repérer, est très parlant : il perturbe la perception mais en même temps est protecteur du Moi dans ses débordements. C'est la question du sens de l'utilisation de cette défense pour le patient qui se pose face à son symptôme.

Si selon Freud le lien entre défense et pathologie se fait au niveau des processus primaires, l'évolution du concept pose ce lien en termes de rigidité, d'intensité et de « surgénéralisation » avec diverses personnes ou dans diverses situations. Jean Bergeret considère qu'un sujet n'est pas malade parce qu'il a des défenses, mais parce qu'elles sont inefficaces, qu'elles manquent de souplesse, qu'elles ne s'adaptent pas aux réalités internes et externes. Elles sont, en ce sens, inadéquates et peuvent perturber la perception de la réalité du sujet.

Serban Ionescu éclaire notre réflexion en interrogeant ces différents visages de la défense à partir des travaux de recherche psychodynamique. Il en donne cette définition, fruit d'une synthèse très élaborée :

« Les mécanismes de défense sont des processus psychiques inconscients visant à réduire ou à annuler les effets désagréables des dangers réels ou imaginaires en remaniant les réalités internes et/ou externes et dont les manifestations, - comportements, idées ou affect - peuvent être inconscients ou conscients. » (Ionescu, 1997)

À partir de la première liste freudienne, de nombreuses listes et classifications ont vu le jour. Nous nous arrêterons sur celle de Vaillant qui a le mérite d'être claire : il identifie respectivement les défenses psychotiques (par exemple la projection délirante), les défenses immatures (la projection, l'hypochondrie...), les défenses névrotiques ou intermédiaires (le déplacement, l'isolation de l'affect...) et enfin les défenses matures (l'altruisme, la sublimation...). La classification en sept points de Perry est nettement plus psychopathologique : défenses « action » comme l'agression passive, défenses « borderline » comme le clivage, défenses « désaveu » comme le déni, défenses « narcissiques » comme l'omnipotence, défenses « névrotiques » comme le refoulement, défenses « obsessionnelles » comme l'annulation rétroactive et enfin défenses « matures » comme la sublimation.

Le DSM-IV oriente nettement son point de vue sur l'aspect cognitif et a-théorique, même si l'introduction des défenses a marqué une certaine évolution. Le Manuel propose sept niveaux de fonctionnements défensifs qui restent néanmoins plus proches de la définition du *coping*, (de l'anglais *to cope* : faire face, « venir à bout »). Le terme « coping » désigne le processus, les efforts cognitifs et comportementaux par lesquels un individu cherche à s'adapter à une situation problématique, en particulier de stress. Plusieurs types de coping sont définis dans la littérature : le coping centré sur l'émotion visant la régulation de la détresse qui en découle, le coping centré sur le problème, le coping évitant (fuite, déni en font partie), enfin le coping vigilant issu de stratégies actives pour gérer une situation. C'est de toute évidence une version

très limitative de la notion de défense, qui lui retire une grande part de sa nature inconsciente.

Les sept niveaux du Manuel sont les suivants :

- un niveau adaptatif élevé avec l'anticipation, la capacité de recours à autrui ou l'affiliation, l'altruisme, l'humour, l'auto-affirmation, l'auto-observation, la sublimation, et la répression ;
- un niveau des inhibitions mentales : le déplacement, la dissociation, l'intellectualisation, l'isolation de l'affect, la formation réactionnelle, le refoulement et l'annulation rétroactive ;
- un niveau de la distorsion mineure de l'image avec la dépréciation, l'idéalisation et l'omnipotence ;
- un niveau de désaveu avec le déni, la projection et la rationalisation ;
- un niveau de distorsion majeure de l'image avec la rêverie autistique, l'identification projective et le clivage de l'image de soi ou des autres ;
- un niveau de l'agir avec l'activisme, le retrait apathique, la plainte et l'agression passive ;
- enfin un niveau de la dysrégulation défensive avec la projection délirante, le déni psychotique.

Dans son article paru en 2005, **Henri Chabrol**¹ fait le point entre coping et mécanismes de défense :

« Tout pousse au contraire à reconnaître l'intérêt et la nécessité de ces études conjointes (Chabrol et Callahan, 2004). D'abord, l'opposition entre les mécanismes de défense, automatiques et inconscients, et les processus de coping, mis en jeu volontairement et consciemment, dichotomise assez artificiellement les opérations mentales et ne rend pas compte de leur complexité qui laisse la place à des processus mentaux intermédiaires, dont les degrés de conscience et d'intentionnalité sont variables.

Ensuite, défense et coping coexistent en chacun de nous. L'opposition entre les défenses qui seraient pathologiques et le coping qui serait adaptatif est maintenant dépassée. Défense et coping peuvent être des processus adaptatifs ou mal adaptatifs. Ce caractère fonctionnel ou dysfonctionnel dépend à la fois du type de défense ou de coping, de l'intensité et de la durée de sa mise en jeu, mais aussi du contexte interne et externe de leur mobilisation et des interactions éventuelles entre défense et coping. » (Chabrol, 2005, p. 32).

1. Henri Chabrol, professeur de psychopathologie à l'université du Mirail, Toulouse.

En termes de psychothérapie et de démarche dite « intégrative », Henri Chabrol cite les travaux de Ihilevich et Gleser qui ont proposé un modèle de psychothérapie éclectique centrée sur la modification des modes de défense et de coping :

« Une fois que la relation thérapeutique est établie et que l'alliance thérapeutique est formée, le traitement devrait se concentrer sur l'identification et, si nécessaire, la modification des méthodes du patient pour faire face aux conflits internes et aux menaces perçues à l'extérieur. Ces méthodes incluent les efforts de résolution des problèmes, les habiletés de coping, et les mécanismes de défense inconscients... » (Ihilevich et Gleser, 1995, p. 239).

Les vingt-neuf mécanismes de défense présentés par Serban Ionescu sont très utiles au sexologue, notamment au niveau de la prise en compte de la personnalité du patient et dans la dimension de repérage psychopathologique. Mais aussi dans leur action et leur mode d'expression sur la nature même du symptôme sexuel, faisant partie de son économie, leur mode d'évolution étant un bon indicateur de la progression du patient.

Se défendre ou se dégager ? L'art de s'assouplir...

Pour les troubles de la sexualité, on ne peut aborder la question de la défense dans leur prise en charge psychodynamique sans mettre évidence le mécanisme de dégagement (*working of degagement*) qui procède de la mise en route du changement à partir du processus thérapeutique. Que le symptôme sexuel soit évalué comme complètement psychogène ou comme partie psychogène d'un trouble mixte impliquant une dimension organique, ce mécanisme de dégagement, introduit par **Edward Bibring** à partir de ses travaux sur la compulsion de répétition puis repris par **Daniel Lagache**, rend compte de la résolution du conflit défensif interne au sujet, source d'angoisse, de souffrance et de manifestations somatiques.

Si les mécanismes de défense sont considérés comme automatiques, involontaires et inconscients, le dégagement a pour but « de dissoudre progressivement la tension en changeant les conditions internes qui lui donne naissance » (Bibring, 1943). Les deux notions certes se chevauchent, mais il est absolument indispensable d'en faire le distinguo pour ne pas entrer dans la confusion. Dans le processus de dégagement, il s'agit d'une activité de dégagement du Moi par rapport à ses propres opérations défensives.

Daniel Lagache est allé plus loin dans la connaissance des mécanismes de changements inconscients à partir du jeu des défenses et des mécanismes de

dégagement, ce qui, au-delà de la partie éducative souvent nécessaire en sexologie, indique une voie vers le processus thérapeutique :

Tout d'abord le dégagement suppose de reconnaître l'importance du Moi en tant que conscience, ce que nous appelons la « prise de conscience », et d'utiliser cette prise de conscience dans la dimension psychique du trouble sexuel avec ses impacts sur le corps et la fonctionnalité. Le deuxième mouvement est celui de la reconnaissance par le sujet de ses désirs et de ses défenses fantasmatiques. Enfin, le dégagement nécessite la levée de la défense. En ce sens, Lagache emploie le terme « d'intelligence » en tant que manœuvre d'ajustement et d'adaptation aux situations nouvelles, ce qui renvoie à la dimension cognitive indissociable de la dimension inconsciente.

Les différents modes de réalisation du processus de dégagement psychique qui permettront la « résolution » de la problématique sexuelle d'origine psychogène seront : la familiarisation du patient avec la situation au départ souvent douloureuse ou traumatique qui va remplacer l'attente anxieuse, la prévision permettant au sujet de se dégager des impacts du présent et de se sortir de l'attente voire de la prédiction de l'échec et enfin le remplacement d'un mode d'expression par un autre. Ce « remplacement » positif qui passe par le fait de surmonter la ou les résistances, pourra se faire suivant différentes étapes :

- tout d'abord par la prise de conscience de la répétition agie et le repérage de cette répétition et de ses effets, puis par la remémoration agie et parlée (c'est le tout premier rôle du psychologue sexologue, accueillir cette parole). L'histoire du patient, mais surtout sa façon dans la relation spécifique de la « penser » puis de la raconter voire de la répéter sera primordiale ;
- puis par la prise de conscience de l'identification du sujet à son problème, qui mènera à l'objectivation de celui-ci en termes de prise de distance ;
- la dissociation spontanée (non pathologique dans le processus de dégagement), que l'on retrouve d'ailleurs comme processus thérapeutique essentiel dans l'hypnose et qui va permettre l'intégration ;
- l'inhibition devient alors contrôle et l'obéissance devient expérience ;
- il est important par ailleurs d'être attentif aux « faux » remplacements, qui au contraire renforcent les résistances mais qui donnent l'illusion d'une évolution positive du patient alors qu'il ne fait que répondre aux attentes prêtées au thérapeute.

Nous y retrouvons toujours cette nécessité de « souplesse » psychique et ce travail « d'assouplissement » qui implique de bien saisir la structure défensive, métaphoriquement le « squelette psychique » du patient, de bien connaître pour le praticien tous les rouages, toutes les articulations psychiques afin de leur permettre de se mobiliser dans sa sexualité, et enfin d'être dans cette relation sensible et créative

qui va « donner corps » au mouvement thérapeutique. Certes tout ce processus passera par une connaissance clinique sexologique et psychologique approfondie. Mais en parallèle des axes de l'éducation thérapeutique, le véritable changement thérapeutique ne pourra se faire qu'à travers la relation privilégiée entre le patient et le thérapeute.

Les indispensables du sexologue

Nous allons pour cela prendre sept exemples non exhaustifs issus de chaque niveau de défense qui vont se situer au plus proche des indispensables pour la pratique quotidienne du sexologue.

◆ La sublimation

Sur un plan pratique, repérer les mécanismes de sublimation dans l'histoire et dans le discours d'un patient éclaire sur sa façon de dériver son énergie pulsionnelle sans passer par le refoulement. Si la sublimation fait partie dans les classifications actuelles du niveau adaptatif le plus élevé, Freud en a donné deux versions. La première concerne la déssexualisation de la pulsion qui s'adresserait à une personne, par exemple dans la transformation de l'amour en amitié. Dans sa deuxième version, c'est un « processus pour rendre compte d'activités humaines par exemple artistique ou intellectuelles apparemment sans rapport avec la sexualité, mais qui trouverait leur ressort dans la force de la pulsion sexuelle » (Laplanche et Pontalis, 1967). La sublimation canalise, elle permet de transformer le déplaisir lié à l'impossibilité de décharge de la pulsion en plaisir. Sa fonction est double : permettre l'expression des activités positives de la vie quotidienne, et lutter contre les affects dépressifs. Il y a donc un lien étroit entre sublimation et socialisation au sens large.

Pour rester proche du concret de la plainte sexuelle, c'est toute la dimension du plaisir chez le patient qu'elle permet d'explorer car cette dérivation de la pulsion. Si elle est privée d'une partie de sa récompense, la jouissance sexuelle, offre d'autres satisfactions qui expliquent bien des renoncements, jusqu'à l'inexistence pour certains de toute vie sexuelle. L'engagement excessif dans le travail ou dans une passion est souvent au centre des demandes de couples. Beaucoup « oublient » leur sexualité jusqu'à s'oublier eux-mêmes...

S'il existe un certain « bonheur de sublimer », l'excès de sublimation (dans des activités diverses et variées), finit par entraîner une diminution des possibilités de jouissance purement sexuelle. Si comme le disait Didier Anzieu : « Il y a un orgasme dans les pensées » (Anzieu, 1994), les réserves freudiennes mais aussi celles d'Anna

Freud restent de mise : ce qui relèverait de l'instinct sauvage, et donc de l'animalité qui constitue une part de la sexualité humaine, apporterait une satisfaction plus intense qu'un instinct « domestiqué ».

Et si la part de frustration contenue dans sublimation nous éloignait finalement du corps tout en le rendant vulnérable ? La maladie (psychosomatique ?) peut en être la conséquence de ses aspects frustrants. En ce sens, ce processus de défense, qui par bien des points est salvateur, mérite toujours d'être mesuré dans l'histoire singulière de chacun.

◆ La formation réactionnelle

C'est un mécanisme substitutif, d'une réaction contre un désir refoulé, qui remplace des pensées, des sentiments ou des comportements inacceptables par d'autres diamétralement opposés qui, insistent Serban Ionescu et Jean Bergeret, seraient plutôt valorisées par la société. Il est important de ne pas oublier le niveau sain des formations réactionnelles, les dysfonctionnements étant liés à un excès ou à une insuffisance. Ce mécanisme est le propre de la période de latence du développement normal de l'enfant où se construisent les « digues psychiques » et les vertus morales. Il pousse le thérapeute à d'une certaine façon « lire entre les lignes » et à se dégager du contenu manifeste du symptôme sexuel et à en dégager l'ambivalence pulsionnelle.

Les « digues » psychiques qui contiennent les pulsions instinctives toujours tapies et prêtes à les faire craquer, peuvent prendre plusieurs formes et s'inscrire dans le tableau global de la symptomatologie sexuelle : dégoût généralisé ou spécifique, les humeurs du corps par exemple, pudeur qui pousse à cacher son corps dans l'intimité ou à imposer certaines règles dans le rapport sexuel comme l'absence de nudité ou de lumière, moralité dans les pratiques pour soi ou pour l'autre (ce n'est pas moral d'avoir certaines pratiques avec son conjoint), font florès dans nos consultations... Tout ce qui peut apparaître comme excessif, exagéré, rigide, dans une accentuation morbide autour de l'ordre, de la propreté ou de l'économie à outrance peut soit se manifester directement dans la sexualité soit dans son environnement relationnel. L'extrême gentillesse, l'obséquiosité mais aussi le refus du contact corporel sont autant de lutte contre les poussées de l'instinct.

Il est à noter que la grande différence entre sublimation et formation réactionnelle est l'aspect compulsif de cette dernière, « une fuite hors du repos » disait Wilhelm Reich, mettant en avant la « cuirasse du Moi ». Si la sublimation est spontanée, la formation réactionnelle pousse au travail, à la besogne... Ne rien lâcher, contenir : en ce sens elle peut devenir invalidante comme dans les TOC qui finalement en sont l'expression pathologique.

◆ L'intellectualisation

C'est un processus extrêmement courant en particulier chez les patients qui ont fait un « long travail analytique » (ou autre !) et dont le symptôme sexuel résiste en fin de course. Défense qui se situe au niveau des inhibitions mentales et des formations de compromis et qui s'exprime dans le discours du patient par des généralisations, des abstractions, des cognitions puissantes et surtout des explications déjà préformées et souvent mises en avant comme pour se détacher, se donner l'illusion d'être impartial face à son problème. Il renvoie également à la période de l'adolescence.

Une éjaculation précoce qui mène à de nombreuses recherches sur Internet avant de consulter, un trouble de l'érection secondaire d'origine psychogène décrit avec « sagesse » et faisant échec à tout traitement peut « mettre la puce à l'oreille » du praticien sur une intellectualisation puissante qui coupe le patient de toute sensation et lui permet de maîtriser ses affects et les sentiments perturbants. Il y a comme un excès de banalisation du discours mais aussi *a contrario*, des lectures non pas fructueuses mais vécues comme une conquête intellectuelle de leur symptôme. Très proche de la rationalisation par sa force logique implacable et de l'isolation par détachement de l'affect, le patient qui utilise l'intellectualisation dissèque, allant parfois jusqu'à la rumination, fait des relations de cause à effet « évidentes ». En fait, il présente souvent son symptôme sexuel comme un paquet cadeau bien ficelé qui empêche souvent, dans un premier temps, une véritable mise au travail. Le praticien devra d'abord « faire avec » et c'est dans la relation que pourra s'assouplir ce mécanisme extrêmement défensif.

Un mécanisme de défense ayant toujours deux faces, on retrouve dans l'intellectualisation à la fois un « aspect adaptatif » très valorisé dans notre société d'aujourd'hui, mais aussi des résistances inattaquables chez certains sujets très intellectuels, chez des obsessionnels mais aussi chez des patients aux affects bloqués ou perturbés, incapables de toute vie affective, voire chez des personnalités schizoïdes. Prudence donc.

◆ L'idéalisation et la dépréciation

Ces deux mécanismes « Janus », qui se situent au niveau de la « distorsion mineure de l'image de soi, du corps et des autres », sont souvent repérables dans les troubles liés au narcissisme et à l'image corporelle. L'idéalisation dite névrotique est le plus souvent tournée vers l'autre dont l'image reste néanmoins réaliste. Ses qualités et ses valeurs sont portées à la perfection. Particulièrement à l'œuvre dans la vie amoureuse, elle est à distinguer de la sublimation.

Une autre forme d'idéalisation, dite primitive, renvoie à une image irréaliste, pourvue de toute-puissance et dépourvue de failles. Son rôle serait, d'après Mélanie

Klein, de se défendre contre les pulsions destructrices et serait corrélatif au clivage extrême entre le « bon objet » pourvu de toutes les qualités et le « mauvais objet » persécuteur.

Il s'agit le plus souvent d'une projection inconsciente d'une partie de soi sur l'autre, particulièrement active dans la relation thérapeute/patient. Elle sera donc à repérer par le praticien car elle peut révéler une personnalité au narcissisme fragile allant jusqu'à l'état limite.

En regard de l'idéalisation, se trouve la dépréciation. Tournée vers soi-même, elle est très active chez les jeunes filles anorexiques qui ont de graves carences au niveau de l'image du corps et qui souffrent également de troubles du désir sexuel primaire (Mignot, 2005). La dépréciation peut aussi se tourner vers l'autre avec une fonction de protection de l'estime de soi ou de mise à distance de l'anxiété de séparation. Elle est particulièrement active dans le processus de rupture dans le couple où la seule façon d'accepter l'éloignement ou l'abandon est de « jeter le bébé avec l'eau du bain... ».

◆ Le déni et la dénégation

Au niveau du désaveu, le déni est souvent confondu avec la dénégation. C'est pourquoi il est utile de bien faire le distinguo. Si le déni est à l'origine pour Freud « très spécifiquement un mode de défense consistant en un refus par le sujet de reconnaître la réalité d'une perception traumatisante, essentiellement celle de l'absence de pénis chez la femme » (Laplanche et Pontalis, 1967), le déni est plus largement une façon de nier de façon plus ou moins consciente la réalité extérieure. Dé-nier dans sa double négation est un refus catégorique intrapsychique très fort et très efficace. Pour le DSM, c'est un refus de reconnaître certains aspects de la réalité externe ou d'une expérience subjective évidente.

Il y a plusieurs formes de déni, depuis le plus « normal » et adaptatif, temporaire dans des situations de stress intense, par exemple en cas d'agression sexuelle ou lors d'un deuil, jusqu'au déni psychotique où la distorsion des réalités externe et interne est majeure. L'altération de cette capacité souvent salvatrice d'auto-illusion et de « demi-savoir » est marquante dans la dépression à des degrés divers et face à la mort. C'est en ce sens que repérer ces mécanismes peut aider le praticien à situer les interactions entre troubles sexuels et dépression. Ce mécanisme se retrouve très fréquemment dans différentes facettes des troubles sexuels : déni du corps ou d'une partie du corps quand il exclut soit la réalité perceptive dans les troubles de l'image du corps, soit la réalité sensitive dans les anaphrodisies. Ce mécanisme peut également s'inscrire dans la relation de couple en particulier face au tiers en cas d'adultère.

Ainsi déni et refoulement vont souvent de concert sauf que le déni ne fait pas disparaître la représentation insupportable. L'utilisation mégalomane du déni dans les conduites à risque ou les conduites addictives font partie de ce jeu de « trompe-la-mort ». Ce qui sera à retenir c'est que les différents degrés de déni donneront des indications très précieuses sur le plan psychodynamique du sujet en détresse sexuelle ainsi que sur sa façon de vivre son symptôme. On retrouve cela également dans le déni d'une relation affective excessive qui altère la possibilité de grandir en particulier dans la relation « mère-fille ». Dans ce cas, le déni est plus proche du refoulement.

La dénégation est du côté du langage et donc du symbolique et elle a deux sens : refus de reconnaître comme sien, immédiatement après les avoir formulés, un désir, une pensée ou un sentiment qui sont source de conflit mais aussi, ce qui prête à discussion, le refus catégorique d'accepter une interprétation « trop » exacte par le thérapeute, qui peut lui-même se tromper ! Nous resterons donc plus volontiers sur la première définition, en nous posant la question de savoir si la dénégation ne serait pas l'expression du déni. Lorsqu'une patiente dit, ce qui est fréquent, « je ne souffre pas de ne pas avoir de désir sexuel, je peux vivre sans... », n'est-ce pas ce mécanisme qui est en marche à son insu ? On peut penser que cette négation concerne des éléments porteurs d'un conflit intrapsychique inconscient, en lien avec la psychogénèse (et la « sexogénèse ») et refusés par ce qu'il y a justement conflit interne.

◆ Le clivage

Nous terminerons cette revue choisie des mécanismes de défense par deux processus essentiels : le clivage associé par nature au déni et à la dénégation, et l'identification projective qui est si active dans la relation thérapeute patient. Le clivage, la célèbre *Spaltung*, recouvre plusieurs concepts qu'il faut clarifier pour ne pas faire d'erreur de diagnostic, d'une part dans la personnalité du patient, d'autre part dans la fonction même de son symptôme sexuel toujours pris dans sa globalité somato-psychique. Le clivage exclut la nuance. En ce sens, il traduit la division, soit de soi, soit de l'autre. Plusieurs niveaux de clivage peuvent apparaître.

Le clivage en tant que « dissociation non pathologique », tel que rencontré dans les états de conscience modifiés et les états d'hypnose, est un premier niveau sur lequel nous reviendrons avec les travaux de Pierre Janet en 1889 et d'Ernest Hilgard avec sa notion d'observateur caché dans un autre chapitre.

Dans les troubles sexuels, le clivage peut se manifester à différents niveaux : clivage entre le corps et l'esprit, clivage entre la volonté et les réactions automatiques, clivage entre désir conscient et désir inconscient, clivage entre intérieur et extérieur du corps, entre plaisir et douleur... On peut se demander si des dyspareunies d'origine

psychogène ne procèdent pas de ce processus, forme de compromis où la participation corporelle constitue une organisation défensive, le clivage permettant sur un mode très opératoire d'exclure l'affect et de fait la relation à l'autre. Cela peut être pour le patient une façon de se protéger de l'angoisse trop envahissante et il faut en tenir compte.

Deux périodes d'élaboration du concept de clivage se distinguent. Dans un premier temps pour Freud, il résulte d'un conflit entre instances psychiques. Il a d'abord une valeur descriptive :

- **le clivage du Moi** : à la fin de sa vie, entre 1927 et 1938, Freud aborde la question du clivage du Moi dans le cadre de sa réflexion sur le fétichisme et les psychoses, et éclaire d'une autre façon le phénomène de dissociation. Il met en évidence les relations entre le Moi du sujet et la réalité.

En fait, il décrit un clivage dans le Moi lui-même et non plus entre instances (entre le Moi et le Ça), en particulier dans le cadre des psychoses, de la perversion et de ce qu'on appelle aujourd'hui les paraphilies, en particulier le fétichisme. Pour Lacan, la révélation du clivage s'accompagne du *fading* « évanouissement » de la conscience au profit de l'inconscient et est source de la conception de la « refente » du sujet, toujours divisé et barré.

Comme nous l'avons vu dans les états limites, ce clivage du Moi a une fonction protectrice devant une ambivalence intrapsychique intense et angoissée. Il est bien évident que ce repérage d'une personnalité clivée aura toute son importance dans la prise en charge à la fois psychothérapique, sexothérapique et médicamenteuse avec toutes les interférences sur la sexualité ;

- **le clivage de l'objet** : Mélanie Klein décrit le mécanisme du clivage de l'objet, scindé en un « bon » et « mauvais » objet, mécanisme qui pourra se rejouer à minima dans la vie amoureuse de l'adulte sur différents plans, l'état passionnel par exemple. Ceci dit, il s'agit pour Mélanie Klein de mettre en lumière le clivage du Moi et des objets internes excessifs qui mènent au morcellement, à la désintégration et à la dépersonnalisation propre à la psychose.

Les troubles graves et délinquants du comportement sexuel doivent être éclairés par le mécanisme de clivage, qui se manifeste par l'isolation de tout un courant de la vie psychique qui devient alors totalement close sur elle-même.

◆ L'identification projective

Nous terminerons par l'identification projective, mécanisme extrêmement actif dans la relation thérapeute/patient, ceci d'autant plus que la sexologie est une « matière sensible » et que l'identité même du praticien en tant que « sexologue » stimule de

façon plus ou moins consciente toute une fantasmagorie. Dans la projection simple, le sujet expulse sur le monde extérieur et donc sur l'autre des affects, des pensées des désirs qu'il méconnaît ou refuse en lui-même et qu'il pense appartenir à l'autre. L'identification procède de l'imitation, de la contagion mentale, ce qui ajouté au processus projectif aboutit à un paradoxe : le sujet s'imagine partiellement (un sentiment, une émotion) ou en totalité s'introduire à l'intérieur de l'autre, en essayant de se débarrasser d'éléments internes indésirables ou qu'il n'aime pas en lui. C'est donc à la fois un processus d'extension du Moi animé par un fantasme d'omnipotence par intrusion et possessivité. L'identification projective s'inscrit essentiellement dans la relation. Comme tout mécanisme de défense, il a deux versions : une forme « normale » qui s'appuie selon Mélanie Klein sur la nécessité pour le bébé de reconstruire sa vie psychique dans la relation avec sa mère dans un aller et retour fantasmagorie, et une forme pathologique qui renvoie à la schizophrénie et aux pathologies interprétatives. Comme le souligne Serban Ionescu, « il revient au corps soignant en général d'être la cible de ces mouvements psychiques parfois violents » (Ionescu, 1997).

Le mécanisme très complexe d'identification projective a donc deux visages et de multiples facettes. Cette identification peut être concordante dans le cadre de la relation entre le sexologue et le patient et on peut citer à cet égard les mouvements d'agressivité ou de mépris qui animent le sujet et qu'il attribue à son soignant, qui lui-même va se sentir agressif ou bien pris par la colère. Dans d'autres cas, elle peut être complémentaire. Les sentiments éprouvés par les deux protagonistes sont alors opposés, comme la projection d'aspects soumis et faibles sur l'autre qui se dévalorise et se soumet, alors que s'active chez le sujet une identification sadique. D'une certaine façon, « c'est parce que je suis faible que je te sadise ». C'est d'ailleurs le processus mis en place par le pervers narcissique. C'est un mécanisme d'aller et retour très fréquent dans les couples pathologiques et dans les cas de harcèlement sexuel.

Dans certains cas de vaginisme, l'intérieur du corps peut être vécu comme dangereux, mauvais, inaccessible, mystérieux ou malade. La patiente projette alors sur le sexologue consulté les bonnes parties d'elle-même « comme pour les mettre à l'abri ». La psychanalyste Florence Bégouin-Guignard prend pour exemple ce mouvement psychique également dans la relation médecin généraliste-patient. Par ailleurs, Kerberg insiste sur le repérage que le thérapeute peut faire en lui-même à travers son ressenti de la qualité de la relation : elle « peut se diagnostiquer grâce à l'activation en lui-même de dispositions affectives puissantes qui reflètent ce que la patiente est en train de projeter... ».

La nature même de la demande sexologique, qui touche à l'intime, implique une grande finesse dans le repérage de tous ces mécanismes de défenses au cours

de l'entretien d'évaluation mais aussi dans le processus thérapeutique engagé, sachant que ces mécanismes sont actifs, évolutifs et souvent cachés. Une position thérapeutique digne de ce nom inclura donc un double mouvement : des connaissances approfondies en anatomie et physiologie sexuelle en sexologie, en psychosexologie et en fonctionnalité sexuelles, savoir certes indispensable, mais qui devra s'appuyer également sur une auto-vigilance, sur ce regard porté sur lui-même du thérapeute.

BIBLIOGRAPHIE

ANZIEU D., (1994), *Le penser. Du Moi-peau au Moi-pensant*, Paris, Dunod.

BÉGOUIN-GUIGNARD F., Identification projective et identité de groupe, *Journal de la Psychanalyse de l'enfant*, 10, 23-46.

BIBRING E., (1943), The conception of the repetition, in *Psychanalytic Quastery*, XII, n° 4.

CHABROL H., *Recherches en soins infirmiers* N° 82 — septembre 2005.

DE MIJOLLA MELLOR S., (2012), *Traité de la sublimation*, Quadrige, Puf.

FREUD A., (1936) *Le Moi et les mécanismes de défenses*, 2001, Paris, Puf.

IHILEVICH D., GLEESER G.C. (1995). « The Defense Mechanisms Inventory », in H.R. Conte, R. Plutchik (éd.), *Ego defenses : Theory and measurement*, New York, John Wiley and sons.

IONESCU S. (1997), *Les mécanismes de défenses*, Paris, Nathan Université

JANET P. (1889) *L'automatisme psychologique, Essai De Psychologie expérimentale Sur les formes inférieures de l'activité humaine*, 2005, Paris, L'Harmattan.

LAPLANCHE J. et Pontalis J.-B., (1967), *Vocabulaire de psychanalyse*, Paris, Puf, 1981.

MIGNOT J. (2005), *L'anorexie du désir. Silhouette, sexe et société, désordre amoureux et alimentaires*, Actes de l'Asclif.

SANDLER J., (1989), *L'analyse des défenses. Entretiens avec Anna Freud*, Paris, Puf.

SANDLER J., (1987), « Projection et identification projective : aspects développementaux et aspects cliniques » in *Projection, identification projective*, Paris, Puf.

REICH W. (1933), *L'Analyse caractérielle*, Payot, Paris, 1971.

VAILLANT G.E., *The Wisdom of the Ego*, Cambridge, Harvard, University Press.

14

UNE RELATION THÉRAPEUTIQUE PAS BANALE

ÉCOUTER UNE PAROLE autour de la sexualité est loin d'être neutre. Proposer des solutions et accompagner un sujet sur la route d'un « mieux-être sexuel » ne l'est pas non plus. C'est pour ces premières raisons qu'intégrer à la formation des futurs « sexologues » des groupes de travail sur la pratique mais surtout des espaces de réflexion « obligatoires » sur la nature de la relation et sur les contre-attitudes du praticien a été l'axe fondamental de l'enseignement de sexologie de l'université Paris 13-Bobigny depuis la création du diplôme, est l'est encore à ce jour. Cet axe, quasi militant, a fait grincer beaucoup de dents, et pourtant... il est irremplaçable et ceci pour plusieurs raisons.

Tout d'abord par le lien à l'intime qui se met en action dans le colloque singulier. Recevoir un patient qui vient d'emblée parler de sa sexualité n'est pas banal, même dans la pratique de psychothérapie classique. La mise en avant du symptôme sexuel, qui fait la spécificité de la consultation sexologique, installe obligatoirement une qualité de relation entre le patient et le soignant qui a toute son importance dans le mouvement thérapeutique lui-même.

Le lien intrinsèque et permanent entre le corps et l'esprit, qui nécessite une connaissance scientifique élargie, impose également au praticien qu'il s'interroge, en particulier dans les cas difficiles, sur ses contre-attitudes vis-à-vis de son

14. Une relation thérapeutique pas banale

patient. Cette interrogation, ce regard tourné vers soi, « réfléchissent » ainsi tout le processus relationnel conscient et inconscient qui se joue dans la rencontre. Ces deux mouvements intentionnels donnent beaucoup d'indications sur les processus psychiques mis en route face au symptôme et l'identification projective, que nous avons largement décrite, en est l'exemple. Car contrairement à d'autres pratiques dans le domaine de la santé qui, la technique aidant, permettent une plus grande distance, il est plus difficile pour le sexologue de se dégager de l'impact de cette « matière sensible » qui vient inévitablement percuter des zones de sa propre intimité. Chaque être humain a une sexualité et le soignant ne fait pas exception ! Ainsi, c'est parce les patients peuvent nous raconter notre histoire ou une partie de celle-ci, que la prudence s'impose plus encore que dans d'autres domaines...

Une des premières difficultés du sexologue débutant, quelle que soit sa profession de base, va donc être non pas d'appliquer des protocoles thérapeutiques quels qu'ils soient, même si ceux-ci peuvent être séduisants et séducteurs, mais avant tout d'avoir ce réflexe de questionnement sur la relation, avec des connaissances suffisamment assimilées pour ne pas avoir à s'y accrocher. Pour prendre un exemple simple, nous savons aujourd'hui que la qualité d'accompagnement à la prescription du médicament sexo-actif influence son efficacité.

Face au paradoxe de la sexologie actuelle qui se situe, encore et toujours, sur la façon de résoudre directement et rapidement le symptôme sexuel, quels sont les apports d'une approche psychodynamique ouverte qui prend en compte le temps et la relation thérapeute/patient ?

Nous proposons de poser cette question en ces termes : quelle sera la thérapie adéquate pour ce patient précis qui présente ce symptôme affectif et/ou sexuel et/ou relationnel, avec quelle personnalité et quelles résistances, quel mode de fonctionnement sexuel et corporel, quels désirs de changements, quelles motivations, quelle souplesse psychique, quelles capacités à changer et à accepter ce changement ? Mais surtout, quel sera l'impact de la relation et sur quel registre, en rapport avec l'efficacité du processus thérapeutique ?

Notre choix méthodologique tournera autour de trois notions essentielles en partant de la plus « consciente » jusqu'aux mécanismes les plus inconscients : à partir de l'alliance thérapeutique, nous aborderons la question de l'empathie puis nous explorerons les notions transfert et de contre-transfert issues de l'expérience analytique pour terminer avec l'expérience Balint.

L'alliance thérapeutique

Dans ses principes généraux, l'alliance thérapeutique est avant tout un concept issu de la vague anglo-saxonne de la psychanalyse qui se définit comme la collaboration active et mutuelle entre le thérapeute et son patient, c'est-à-dire une forme de partenariat co-construit. Dès 1934, **Sterba** introduit l'idée « d'ego alliance ». En 1956, **Élisabeth Zetzel** élabore sa théorie d'alliance de travail que **Ralph Greenson** reprendra en 1965 et précisera qu'elle se produit :

« lorsque le patient consent à mener à bien les divers procédés de la psychanalyse et lorsqu'il est capable de travailler analytiquement sur les insights régressifs et pénibles qui peuvent surgir... »

Bordin en 1979 dans son *therapeutic working alliance* distingue trois dimensions de collaboration : le lien affectif entre le patient et son thérapeute ; l'accord entre le thérapeute et le patient sur les objectifs et les buts de la thérapie comme sur les activités spécifiques que ce dernier devra mettre en place ; les tâches à accomplir pour provoquer un changement. En 1976, Luborsky définit deux axes : dans l'axe 1, le patient vit son thérapeute comme lui apportant aide et soutien, tandis que dans l'axe 2, le patient a le sentiment d'un travail en commun, d'une coopération, avec l'impression de partager la responsabilité de sa propre évolution

Dans une conception intégrative (alliance de travail, alliance aidante, alliance thérapeutique), **Gaston** en 1990 en définit 4 dimensions :

1. l'alliance thérapeutique qui représente la relation affective du patient avec le thérapeute,
2. l'alliance de travail qui correspond à la capacité du patient à fournir un travail thérapeutique,
3. la compréhension empathique du thérapeute et son implication,
4. l'accord entre le patient et le thérapeute sur les objectifs et les tâches liés à la prise en charge.

« Comme l'amour, le désir de soigner est aveugle¹. » (De Roten, 2011)

A fortiori, soigner les troubles sexuels ! En ce sens, les travaux menés par **Yves de Roten** et l'équipe du **GRAAL** à Lausanne montrent que l'alliance thérapeutique

1. Yves de Roten, enseignant et chercheur à l'institut de psychologie de l'université de Lausanne.

échappe en première intention au thérapeute. Les travaux sur les liens entre les défenses du patient et l'alliance thérapeutique dans le sentiment de confiance montrent l'importance de la capacité d'ajustement du thérapeute, tant dans le soutien que dans l'interprétation. Cet ajustement, s'il s'appuie sur la finesse clinique, ne se fabrique pas. Il se vit. Édouard Collot (2011) parle de la fulgurance de la symbiose :

« Tout semble se passer comme si deux imaginaires, ceux du patient et du thérapeute, se retrouvaient engagés dans un parcours thérapeutique identique grâce à la dissociation du psychisme. »

En cela, l'exemple de la relation hypnotique telle qu'elle a été pratiquée par Milton Erickson est très éclairant.

Toutes les dimensions de l'alliance thérapeutique en psychothérapie « classique » peuvent se retrouver en sexothérapie. Par contre, on peut penser que le fait d'être atteint dans son intégrité sexuelle se manifestant dans le corps, touchant à des éléments d'histoire plus ou moins ancienne et mettant en œuvre des processus de sens complexes influence la qualité de cette alliance dans un sens comme dans l'autre. Tout un champ de recherche à ouvrir... Et comme le conclut Yves de Roten dans son article :

« Enfin n'oublions pas que si la recherche aide à mieux comprendre les éléments essentiels qui contribuent à une bonne relation thérapeutique et peut aider les thérapeutes à envisager la complexité des différentes facettes de ce processus, il n'en demeure pas moins que dans son fondement, la relation thérapeutique reste une rencontre intensivement humaine, personnelle, et définitivement unique. »

Quelle empathie en sexologie ?

C'est un terme largement entré dans le langage courant. À l'origine, c'est une théorie avant tout philosophique qui désigne l'empathie esthétique, le mode de relation du sujet avec une œuvre d'art (Robert Vischer 1847-1933). Le mot vient de l'allemand *empfindung* « ressenti de l'intérieur ». Lipps et la phénoménologie décrivent le processus par lequel « un observateur se projette dans les objets qu'il perçoit », comme conscience des émotions d'autrui, conscience de ses intentions et comme phénomène de résonance. Husserl parle lui d'intropathie. Dans l'acception contemporaine, on parle d'empathie émotionnelle et d'empathie cognitive.

Jean Decety de l'université de Chicago définit l'empathie comme la capacité à partager les émotions avec autrui sans confusion entre soi et l'autre. Ses composantes

de base sont : la résonance affective, la flexibilité mentale pour adopter le point de vue subjectif de l'autre, et la régulation des émotions.

L'empathie se différencie ainsi de la contagion émotionnelle qui annule la distance nécessaire entre soi et autrui, de la sympathie qui repose sur une composante motivationnelle et sur une proximité affective, mais surtout de la compassion qui est du côté de l'affliction pour les souffrances d'autrui. L'empathie est un concept « nomade » au carrefour des troubles du développement psychique, de l'imagerie médicale et des théories de l'esprit. Pour Rogers, c'est « entrer dans le référentiel de l'autre sans s'y perdre. »

Que peut donc signifier être empathique dans la consultation de sexologie ?

La qualité de l'écoute du thérapeute face à une problématique sexuelle qui expose le patient dans ce qu'il a de plus intime est primordiale. En ce sens, cette attention à l'autre doit en tout premier lieu respecter les rythmes, les capacités de dévoilement du patient et surtout prendre en compte la façon dont il s'exprime. Il n'est pas facile pour certains patients d'aborder ces questions, soit par pudeur, soit par ignorance, soit par inhibition. Pour d'autres au contraire, cette liberté de parole va permettre une fluidité de la relation. Pour d'autres encore, on pourra repérer une forme de jouissance excessive dans le « donner à voir » de leur intimité, utilisant des mots crus avec force détails. Être empathique n'est pas tout accepter, c'est certes se mettre au diapason du patient mais tout en posant le cadre et le faisant respecter. Les limites de l'empathie sont celles des effets inconscients de la relation spécifique qui échappent en première intention aussi au thérapeute. Il est donc nécessaire qu'il soit dans cette dynamique d'interrogation sur ses propres contre-attitudes vis-à-vis de son patient, ce qui lui permettra d'être un peu plus au clair aussi dans le rôle que le patient lui fait jouer et la nature de sa réponse.

Alors alliance thérapeutique, oui, empathie certainement, mais toujours avec cette précaution que l'inconscient, très présent dans la nature et les conséquences des troubles sexuels, joue des tours qui déroutent, qui étonnent, qui touchent, qui pèsent ou qui agacent... Autant de sentiments à valeur d'indices pour le thérapeute. C'est en cela aussi que les notions de transfert et de contre-transfert sont à intégrer en sexologie dans la dynamique intersubjective, dans leur dimension la plus large.

Le transfert

Il s'agit d'une notion complètement freudienne désignant un mode de déplacement de la réalité psychique qui s'inscrit dans une relation interpersonnelle et plus spécifiquement dans la relation thérapeutique. Il est défini classiquement comme

« processus par lequel les désirs inconscients s’actualisent sur certains objets dans le cadre d’un certain type de relation établi avec eux et éminemment dans le cadre de la relation analytique » (Laplanche et Pontalis, 1967).

On peut ajouter à cette définition la répétition de prototypes infantiles, vécue avec un sentiment d’actualité marquée, prototypes qui se restreignent aux figures parentales ou sont élargis à d’autres figures. Le transfert est éminemment actif par sa fulgurance et dans sa capacité d’évolution au fil des mouvements psychiques des deux protagonistes. Laplanche et Pontalis précisent que lorsque Freud parle de répétition des expériences du passé dans le transfert, par exemple de types de liens avec tel ou tel parent, il s’agit d’équivalents symboliques qui s’actualisent en se déplaçant sur une autre personne et en particulier celle du thérapeute. Pour Freud il existe deux types de transferts : un transfert positif marqué par des sentiments tendres, et un transfert négatif autour de sentiments hostiles.

La consultation pour troubles sexuels qui renvoie à « l’intime de l’intime » a, nous l’avons vu, des spécificités qui donnent au transfert une valeur particulière sur plusieurs plans :

- le transfert est le terrain de la mise en jeu privilégiée des identifications qui vont pouvoir se déployer et se « délier ». En ce sens, on peut se poser la question de l’importance du sexe du sexologue dans le choix du patient même si les choses sont souvent beaucoup plus compliquées. Un thérapeute homme peut à certains moments par exemple susciter chez le patient une identification de bonne mère, une femme sexologue peut renvoyer une représentation fantasmatique de père castrateur... Autre exemple : la fonction d’information et d’éducation qui fait partie aussi des volets d’intervention du sexologue peut renvoyer une identification au professeur qui donne des « devoirs à faire à la maison ». Inévitablement, le retour sur le passé scolaire ou sur des apprentissages difficiles qui n’ont rien à voir avec la sexualité du moins en apparence, peut se réactiver ;
- c’est aussi le type de relation à « l’objet » qui va se réactiver, se rejouer ;
- le transfert transite par la parole au sens large, par la verbalisation des affects, des souvenirs refoulés qui émergent. Freud opposait la parole à la mise en acte qui serait plus impliquante. Sur le plan de la sexologie, là encore nous nous retrouvons devant une interrogation qui nous amène aux confins de la réflexion éthique : parler sa sexualité n’est justement pas la mettre en acte. Le cadre posé par le psychologue sexologue qui va principalement travailler à partir de la parole de son patient, les règles qui seront posées en termes de temps, de ponctualité, de lieu constituent autant de limites sécurisantes pour le patient. On peut se poser alors la question des techniques dites fonctionnelles et corporelles qui miment l’acte sexuel, mettant le praticien dans une position au mieux de rééducateur, au pire de gourou. Ignorer

ou nier la relation transférentielle est encore plus risqué dans ces pratiques qui justement sont du côté de l'acte, sans symbolisation. « Tout comme l'agir, le dire du patient est un mode de relation qui peut par exemple avoir pour but de plaire à l'analyste, de le tenir à distance, etc. ; tout comme le dire, l'agir est une façon de véhiculer une communication... » (Laplanche et Pontalis, 1967) ;

- enfin, on ne peut oublier deux nuances d'importance apportées à la notion de transfert. D'une part, certains auteurs parlent de « disposition au transfert » (Macalpine, 1950), qui serait plus spécifique à certains patients et non pas « automatique ». D'autre part, François Roustang et Philippe Zindel (2011) remarquent l'évaporation du transfert dans l'état hypnotique, la transe. Le transfert serait donc un attribut de l'état de veille. Ainsi, plus il y a utilisation de techniques « conscientes » et opératoires, plus il y a d'éléments transférentiels qui font obstacle aux processus thérapeutiques et donc plus le praticien doit y être vigilant ! A *contrario*, plus nous sommes dans l'imagerie et la métaphore comme dans l'hypnose thérapeutique, plus ces désirs et ces émotions vont se traduire en représentations symboliques à l'intérieur du patient et non pas dans la relation. En fait, contrairement à ce que Freud a dit (la psychanalyse est née de l'abandon de l'hypnose et la crainte de la séduction), la transe hypnotique serait libératrice de la relation...

Nous voyons donc qu'il est difficile pour le sexologue de se situer car, s'il ne peut pas appliquer les conceptions orthodoxes du transfert qui renvoient exclusivement à la cure analytique, il ne peut ignorer les tours de passe-passe de l'inconscient qui lui font endosser des rôles parfois inattendus. Transferts maternels, paternels, fraternels dans toutes leurs facettes, qui miroitent et aveuglent le patient mais surtout le soignant.

Pour faire lien avec le pendant du transfert, c'est-à-dire le contre-transfert, il est utile de passer par le maillon des « alliances inconscientes » proposé par René Kaës (2009) :

« Le concept d'alliance inconsciente décrit comment et selon quels processus les alliances internes et les alliances dans le lien se nouent... et demeurent inconscientes aux sujets liés par cette alliance. »

Outre les aspects structurants, défensifs, pathogènes ou aliénants, René Kaës, à partir de l'invariant anthropologique dans ses différents visages (matrimoniale, filiation, prohibition de l'inceste), et de la notion de don, de contre-don, de pacte et de contrat, définit les différents types d'alliance en particulier dans la situation analytique. Élargir ces réflexions à la consultation sexologique semble pertinent pour le psychologue.

René Kaës distingue les alliances inconscientes propres au sujet et les alliances intersubjectives, qui renvoient au transfert et au contre-transfert.

Les alliances

- **Les alliances structurantes primaires** : Elles renvoient tout d'abord aux liens d'accordage primaire entre la mère et le bébé dont l'emblème est le cordon ombilical. Nous les retrouvons très fréquemment chez des patients passifs qui se mettent en position de tout attendre du thérapeute, dans une grande difficulté de maturité et souvent de grande résistance au changement. Les patientes qui souffrent de vaginisme peuvent être dans ce cas de figure relationnel avec les thérapeutes sollicités, souvent à répétition.
- Le deuxième niveau est celui des **alliances plaisir-déplaisir partagées et d'illusion créatrice**. Il s'agit là de patients qui renvoient un bon accordage fantasmatique et onirique. La capacité de rêverie et surtout de rêverie mutuelle est facile. Elle se base sur la confiance dans le lien et fait le socle idéal des techniques de relaxation et d'hypnose. Les alliances narcissiques, basées sur les mouvements d'amour et de haine, sont à la fois marquées par la constitution même du sujet dans la chaîne intergénérationnelle et dans la société. L'ambivalence des sentiments face à son patient en sera souvent la transcription pour le thérapeute.
- **Les alliances structurantes secondaires concernent** les relations sexuelles et les rapports entre les générations : elles se réfèrent à la loi et aux interdits fondamentaux avec d'une part l'idée du pacte fraternel où le thérapeute est alors d'emblée considéré à égalité, et d'autre part l'alliance avec le père symbolisé dans la fonction de représentant de la loi. Les processus de sublimation se mettent également au travail dans ce type d'alliance.

Les effets sur la relation thérapeutique de ces différentes alliances pourront soit se rejouer dans un transfert fortement marqué par la place du père, soit par l'intellectualisation de la sexualité et par là même une difficulté d'accès au corps.

Les alliances inconscientes méta défensives se basent essentiellement sur le « négatif », refoulement, déni, désaveu, rejet. Avec cette sensation pour le thérapeute que rien n'est possible : quoi qu'il dise ou propose, rien ne trouve grâce aux yeux du patient qui en définitive garde le pouvoir sur son symptôme. Dépression, angoisses psychotiques ou contrat « pervers » en sont les figures.

Enfin les alliances dites « offensives » où l'on retrouve « l'agir violent », par exemple dans le cas d'éléments psychopathiques. Le sentiment d'agressivité ou de danger imminent peut alors apparaître dans la relation. **René Kaës** souligne que toutes ces alliances inconscientes infiltrent les alliances thérapeutiques et donnent une couleur à leur fonction défensive et de résistance tant chez le patient que chez le thérapeute.

Le contre-transfert en sexologie

En revanche, le sexologue est lui-même un être sexué, confronté comme tout humain à une construction, des interrogations, des aléas, un vécu, des expériences et des croyances. Il doit faire avec son « back ground » personnel dans son rôle de soignant. Ce n'est pas toujours simple d'en faire abstraction puisqu'il s'agit d'une partie de son essence même. Son savoir, ses « connaissances », son expérience sont des garde-fous certes, mais nettement insuffisants face à la complexité psychique des patients, même si leur symptôme semble « simple ».

La « contre-attitude » est la réponse comportementale à la relation, au lien qui noue inévitablement le patient au sexologue. Elle peut être consciente, préconsciente ou échapper totalement au praticien. Cette « contre-attitude » et la façon dont le sexologue va s'en « débrouiller » engageront le processus relationnel. Mais c'est surtout la capacité (et la volonté) du thérapeute de regarder en face qui fera la différence. Ce « travail » pourra prendre plusieurs formes : tout d'abord une prise de conscience et la reconnaissance d'une certaine qualité de relation spécifique et singulière qui ont une valeur dans le processus thérapeutique, un retour sur sa propre histoire à partir des émotions et des ressentis, et enfin une capacité de s'en dégager pour accompagner le patient le plus « sainement » possible.

La fameuse « neutralité » ne serait donc pas d'appliquer des protocoles soi-disant désaffectés mais au contraire de reconnaître en soi les mouvements qui, dans la relation intersubjective, se mettent en œuvre à notre insu, parfois sans crier gare. Ainsi, nos contre-attitudes en sexologie peuvent être très opérationnelles tant le patient, pour lui-même ou pour son couple, est en attente et en souffrance.

Le contre-transfert est défini du côté de l'inconscient comme « un ensemble de réactions inconscientes de l'analyste à la personne de l'analysé et plus particulièrement au transfert de celui-ci » (Laplanche et Pontalis, 1967). Deux versants donc, qui le plus souvent se croisent : soit un patient renvoie en tant que personne des affects sous forme d'émotions au thérapeute, soit c'est une partie de son histoire qu'il transfère inconsciemment sur le thérapeute (un rôle maternel ou surmoïque par exemple) qui scelle le contre-transfert.

En d'autres termes, le contre-transfert est l'exact inverse de la standardisation de la relation. Laplanche signale en 1992 que la position particulière en psychanalyse (silence, attention flottante, associations d'idées), pousse au transfert en tant que processus d'influence et donc au contre-transfert. Qu'en est-il en sexologie où la relation est en face à face, où l'investigation procède d'une forme d'enquête, où le dialogue s'instaure autour de l'intimité et où la « technique » quelle qu'elle soit (médicamenteuse, psychothérapique, fonctionnelle) a une grande place ? D'une

certaine façon, transfert et contre-transfert sont beaucoup plus délicats à aborder qu'en psychanalyse, le dispositif thérapeutique étant beaucoup plus hybride. Je parlerais plus volontiers « d'effets transférentiels ».

Les trois points qui constituent le travail du transfert en psychanalyse peuvent servir de base à leur repérage dans la consultation du sexologue :

- l'utilisation des manifestations contre-transférentielles vis-à-vis du patient en les dénichant puis en les contrôlant ;
- l'utilisation avec prudence de la résonance « d'inconscient à inconscient » qui guide la compréhension et l'interprétation ;
- et enfin la nécessité d'un travail personnel ou en groupe afin de mieux connaître ses propres zones d'ombre.

Mais repérer, clarifier, n'est pas forcément utiliser. Si utiliser « volontairement » le transfert en tant que moteur essentiel du processus reste l'apanage de la cure psychanalytique, les « effets de transferts et de contre-transfert » multiformes et intenses agissent comme des loupes face au symptôme sexuel bardé de fantasmes. Les souvenirs qui surgissent en cours de thérapie, les rêves qui réapparaissent à la conscience alors qu'ils en avaient disparu, les mouvements d'amour et de haine qui émaillent la relation thérapeutique ont leur fonction, tout comme les acquis, les apprentissages, les « habiletés » de la réalité observable.

La mise en mots et l'écoute particulière du psychologue sexologue permettent cette émergence, et sans doute d'ailleurs une plus grande efficacité de celle-ci. Loin de s'opposer, elles se potentialisent. Là en est toute la modernité : sortir d'une vision trop restrictive des notions de transfert et de contre-transfert en s'enrichissant de la notion d'alliance, beaucoup plus dynamique et créatrice.

Harold Searles (1979) aborde une question toujours très brûlante en sexologie : la question de l'espoir. Effectivement, l'espoir plus ou moins formulé de guérison du trouble sexuel est un des moteurs de la demande de consultation. Il peut prendre plusieurs visages : espoir que tout revienne « comme avant », espoir de retrouver le paradis perdu du plaisir et du désir, espoir de « comprendre » par la découverte d'une cause cachée, espoir d'une guérison miraculeuse venant de l'extérieur incluse dans une pensée magique concernant les compétences du thérapeute, espoir de la découverte de l'inconnu tout en le redoutant, espoir de n'avoir plus mal, de contrôler son corps, de retrouver sa virilité...

Selon les troubles, l'espoir, qui est plus ou moins réaliste, s'appuie à la fois sur la construction propre au sujet et sur la relation spécifique. En ce sens le « parcours » antécédent influence la dynamique du transfert actualisé en particulier par cette

dimension de l'espoir. Les « Vous êtes ma dernière chance... », ou « Vous seul pouvez me sortir de là... » (d'où d'ailleurs ?), mettent le sexologue dans une position de toute-puissance paradoxale. Le rapport à la déception et au renoncement est donc très actif dans le transfert.

« En d'autres termes, cet aspect de l'intégration du Moi qui concerne l'espoir exige que nous perlaborions notre rage, notre chagrin, notre déception, etc. jusqu'à reconnaître et accepter le fait que les relations humaines impliquent inévitablement de l'ambivalence. Ce processus de maturation n'est jamais définitivement achevé ; c'est plutôt un chemin que suit chaque thérapeute en fonction de l'évolution de ses sentiments personnels face à chacun de ses patients avec lesquels il a engagé une relation profonde et de longue durée... Mûrir, c'est réaliser et accepter le fait que nos espoirs sont multiples, qu'ils sont indifféremment orientés vers des fins destructrices ou constructrices, imprégnés d'ambivalence, à maints égards inconciliables entre eux et, en conséquence, d'une nature qui ne leur permet pas d'être totalement comblés. » (Searles, 1979)

Outre la fonction dynamique de l'espoir et des « effets transférentiels » en sexologie, c'est aussi la fonction protectrice du travail sur le contre-transfert pour le thérapeute et pour le patient qu'il sera nécessaire de mettre en valeur. Nous le ferons à partir des travaux de Michaël et Enid Balint.

BIBLIOGRAPHIE

CICCONI A., (2012), *La transmission psychique inconsciente*, Paris, Dunod.

COLLOT, E., (2011), *L'alliance thérapeutique*, Paris, Dunod

DE ROTEN Y., (2011), « L'alliance thérapeutique est-elle la clé du changement ? Le point de vue de la recherche en psychothérapie », in *L'alliance thérapeutique*, sous la direction d'Édouard Collot, Paris, Dunod.

KAËS, R., (2009), *Les alliances inconscientes*, Paris, Dunod.

MACALPINE I., (1950), « *The development of transference* », *Psa, Quartely*, XIX 4

RICHARD F., et coll., (2005), *Le travail du psychanalyste en psychothérapie*, Paris, Dunod.

SEARLES, H. (1979), *Le contre-transfert*, coll. « Poche-Folio », Paris, Gallimard 1^{re} éd.) 2005.

ZINDEL P., (2011), « La relation hypnotique, une symbiose thérapeutique », in *L'alliance thérapeutique*, Paris Dunod, p. 191.

15

LA SUPERVISION : UN OUTIL IDENTITAIRE DU PSYCHOLOGUE SEXOLOGUE

LE PSYCHOLOGUE CLINICIEN, de par sa fonction, ne peut faire l'économie d'un travail de supervision. Il en est de même pour le sexologue.

Prendre en charge les troubles sexuels nécessite une connaissance approfondie de tous les volets de la sexualité humaine, du plus organique au plus intrapsychique. L'intersubjectivité inconsciente inscrite dans la dynamique transfert-contre-transfert donne à ce savoir scientifique et ses applications toute une résonance qui guide le sexologue. Pour travailler cette intersubjectivité, seule une mise à l'épreuve du sujet s'impose, soit en face à face avec superviseur, soit en groupe. Le cursus de formation de sexologie Paris XIII-Bobigny intègre d'emblée cette dimension et en fait même son pilier principal. L'expérience de presque trente ans d'enseignement confirme cette absolue nécessité dans un domaine aussi sensible. Plusieurs modèles sont à notre disposition : groupes de pairs, ateliers sur la pratique professionnelle, analyse de cas, consultations simulées...

Le groupe dit « balint » par sa forme, ses appuis théoriques, ses règles, est à notre sens le plus adéquat tant sur la forme que sur le fond.

Une histoire de couple...

Mihaly Bergsmann (1896-1970), dit **Michaël Balint**, médecin d'origine hongroise, est né à Budapest en 1896 dans une famille bourgeoise d'origine juive. Médecin spécialisé dans la psychosomatique à l'hôpital de la Charité de Berlin, il est considéré comme un des pères fondateurs de cette discipline. Également psychanalyste, il a été analysé au Berliner Psychoanalytisches Institut puis par Ferenczi à Budapest. Ses liens avec celui-ci et l'appui de sa théorie seront le fil rouge de toute son œuvre. Exilé, il arrive en Angleterre en 1939

Il intègre l'École anglaise (Middle Group) en 1946. Sa rencontre avec Enid (1904-1994), sa troisième femme, est déterminante pour l'évolution de sa pensée. C'est elle qui initie Michaël au *case-work*. Cette double appartenance hongroise et anglaise a permis à Balint, psychanalyste dit « de la troisième génération », de construire dans une pensée très « œcuménique » sa propre approche, à la fois pragmatique et essentiellement clinique. Il a été président de la Société britannique de psychanalyse de 1968 à 1970, date à laquelle il décède à Londres d'une crise cardiaque.

Enid Eichholtz a été à la base du travail sur les groupes de travailleurs sociaux qui ont servi de modèle aux Groupes balint destinés aux médecins...

Le premier groupe Balint (méthode Tavistock, puis *training cum research* puis Groupe Balint) réunissait en 1950 douze médecins recrutés dans le *Lancet* à la clinique Tavistock de Londres une fois par semaine pendant deux heures et ceci durant plusieurs années. L'objectif premier était de former de meilleurs médecins.

Les idées forces

Les idées forces de la théorie de Michaël Balint vont permettre la mise en place de groupes.

Tout d'abord, l'influence de Ferenczi (qu'il appelait *the heaven of lost case...* « le paradis des cas perdus ! ») est centrale à la fois dans la prise en charge globale mais aussi dans la difficile question du lien entre le corps et l'esprit. Sur cette base, l'idée principale « révolutionnaire » défendue par Balint est que la personnalité du médecin exerce souvent plus d'effet sur le malade que le médicament prescrit. C'est de sa place de médecin et de psychanalyste qu'il met en évidence l'importance du contre-transfert dans les consultations purement médicales. Enfin, en se dégageant du modèle de la cure type Balint (comme Ferenczi d'ailleurs), il favorise la technique active en mettant en œuvre des thérapies brèves ou focales. En ce sens, il est un modèle de

liberté face au dogme tout en gardant l'essentiel de la psychanalyse : l'importance de l'intersubjectivité dans le processus thérapeutique.

Neuf points clefs

1. La notion de « remède-médecin », qui met en évidence les effets thérapeutiques et les effets indésirables, l'importance de la personne du médecin qui n'est pas interchangeable.
2. La notion de « niveau de diagnostic » : il convient de distinguer le diagnostic « focal » centré sur la plainte avec traitement et conduite à tenir, et le diagnostic « approfondi » qui introduit l'histoire du patient avec l'adaptation de la réponse du médecin aux particularités du malade. Ce distinguo est particulièrement intéressant en sexologie car le premier est trop souvent privilégié au détriment du second.
3. La relation comme compromis : la maladie et ses symptômes sont considérés comme inclus dans l'échange à partir de la notion d'offre du malade et de réponse adaptée ou inadaptée du médecin.
4. La notion de « confusion de langue ». Plus compliquée, cette notion mérite un exemple : si le médecin est trop préoccupé par sa démarche diagnostique et thérapeutique, il ne porte pas suffisamment attention à ce que le patient lui dit sur un autre registre, celui de la relation. Cette notion insiste donc sur l'intégration nécessaire et suffisante des données scientifiques pour pouvoir s'en dégager sous peine d'inefficacité ou d'application de recettes. Ceci est particulièrement sensible dans en sexologie puisqu'il y a risque de malentendus, de souffrance ou d'échecs à répétition.
5. La fonction « apostolique » : c'est ainsi que Balint nomme les croyances du médecin, ses idées reçues, ses certitudes, sa « foi », qui peuvent être extrêmement délétères dans la relation du sexologue à son patient. « La mission ou fonction apostolique du médecin signifie d'abord que chaque médecin a une idée vague mais presque inébranlable du comportement que doit adopter un patient lorsqu'il est malade [...]. Tout se passe comme si tout médecin possédait la connaissance révélée de ce que les patients sont ou sont en droit d'espérer, de ce qu'ils doivent pouvoir supporter, et en outre, comme s'il avait le devoir sacré de convertir à sa foi tous les ignorants et tous les incroyants parmi ses patients ».
6. La relation médecin malade est tripartite : médecin-malade-maladie. La rencontre avec le médecin modifie la relation du malade avec sa maladie.
7. La « compagnie d'investissement mutuel » est la mise en évidence du risque de la dépendance au médecin, la « chronicisation » possible de certains patients. Très actuelle en sexologie de pratique quotidienne, Balint pose la question de l'intervention d'autres soignants dans la relation et du « comment » de leur intervention.
8. La place de la « psychothérapie » dans la prise en charge du médecin avec une proposition d'inclure à la démarche du médecin les symptômes névrotiques. Ceci pose la question des limites de son intervention au niveau psychogène.

9. Enfin les groupes Balint qui réunissent les soignants souhaitant se former à la relation thérapeutique, analyser leur implication dans la relation, avec toujours nécessité de l'écoute d'un psychanalyste nommé leader.

Qu'est-ce donc qu'un groupe Balint ? _____

C'est un groupe de médecins (ou soignants) se réunissant régulièrement pour examiner la relation médecin-malade à travers l'exposé d'un cas.

Ce travail s'appuie sur les données de la psychologie de l'inconscient. La verbalisation des problématiques extra-professionnelles n'est pas posée comme but... Le groupe est animé par un leader psychanalyste formé à cette méthode. Ces groupes peuvent être étendus à des personnes non-médecins ayant des responsabilités thérapeutiques¹.

Le groupe réunit donc des soignants aux responsabilités thérapeutiques, dans le but de travailler sur la relation soignant-soigné. Il se réunit une à deux fois par mois. La méthode est la suivante :

- exposé d'un cas clinique issu de la pratique d'un des participants sans notes ;
- interventions et libre circulation de la parole dans le respect de chacun ;
- échanges doublement confidentiels : nom des patients pas mentionnés et interventions non divulguées à l'extérieur ;
- nombre de participants limité à une dizaine ;
- groupes homogènes ou pluridisciplinaires ;
- engagement dans la durée.

La prise en compte essentiellement de l'inconscient par l'utilisation de la technique de l'évocation libre de l'histoire clinique et des associations d'idées (images, souvenirs émotifs, fantasmes), la mise en lumière des dimensions inconscientes présentes dans la demande du patient mais aussi des réactions du médecin et de la relation (projections, identifications, transfert, contre-transfert) sont au centre de la méthode.

Le travail porte sur l'identité professionnelle engagée dans son activité, excluant le domaine privé qui doit être l'objet d'un travail personnel. Les éléments de la vie privée ne sont donc pas explorés. Les leaders ou animateurs sont des psychanalystes ou soignants ayant été analysés et formés. Leurs fonctions sont d'assurer la liberté de parole, de veiller à ce que les participants puissent aborder en profondeur les

1. Définition formulée lors du Congrès international Balint à Bruxelles en 1974.

DÉCOUVRIR LES OUTILS DU PSYCHOLOGUE CLINICIEN UTILES AU SEXOLOGUE

15. La supervision : un outil identitaire du psychologue sexologue

différents niveaux de leur implication relationnelle avec le patient, d'aider chaque participant à avancer dans la compréhension et la résolution des problèmes posés par la relation et de maintenir le cadre du travail et du groupe.

Le groupe Balint en quatre points

Une définition du groupe Balint a été formulée lors du Congrès international Balint à Bruxelles en 1974 :

1. il s'agit d'un groupe de médecins (actuellement tous soignants) se réunissant régulièrement pour examiner la relation médecin-malade à travers l'exposé d'un cas ;
2. ce travail s'appuie sur les données de la psychologie de l'inconscient. La verbalisation des problématiques extra-professionnelles n'est pas posée comme but ;
3. ces groupes sont animés par un ou des leaders psychanalystes formés à cette méthode ;
4. ces groupes peuvent être étendus à des personnes non-médecins ayant des responsabilités thérapeutiques.

Pourquoi est-ce une nécessité en sexologie ?

Balint a fait considérablement évoluer la pratique psychothérapeutique mais surtout a élargi ses modes de fonctionnement et donc ses indications en particulier pour les médecins. La sexothérapie voguant toujours sur cette marge étroite entre le médical et le psychologique, elle a tout intérêt à s'inspirer de ses travaux marqués par l'importance de la nature de la relation entre le patient et son soignant.

Il y a tout d'abord la question centrale de la relation d'objet primitive et de ses aménagements dans la relation thérapeutique. La régression à la fois en tant que fonctionnement du patient et dans ses aspects thérapeutiques est un mouvement psychique extrêmement courant dans la prise en charge des troubles sexuels.

Balint décrit trois niveaux de l'appareil psychique :

- D'abord un **niveau œdipien** qui fait référence à la relation triangulaire.
- Ensuite un deuxième niveau dit « **zone du défaut fondamental** », qui renvoie à la relation d'objet primaire très fréquente en sexologie face à des personnalités immatures. L'exemple est celui du patient qui se sent « en droit de recevoir du thérapeute ce dont il a besoin ». Le sexologue doit trouver alors la juste place entre donner des réponses toutes faites, des techniques, et une neutralité qui serait anxiogène pour le patient.

« Alors même que les sentiments de vide et d'apathie sont parfois très intenses, il existe généralement à l'arrière-plan une détermination grave et tranquille d'aller au bout des choses. Ce curieux mélange de profonde souffrance, d'absence de combativité à bon marché, et cette ferme résolution d'aller de l'avant, rend ces patients vraiment attachants - important signe diagnostique indiquant que le travail a atteint un niveau du défaut fondamental. »

Ces patients sont plus au niveau du besoin que du désir et Balint insiste sur la carence, le manque lié à un défaut d'ajustement entre le bébé et les personnes chargés de s'en occuper qui se rejoue dans la relation thérapeutique.

- Le troisième niveau est celui de la « **zone de création** » sans transfert, dont l'exemple est la création artistique et qui est très intéressant dans toutes les techniques qui utilisent les états de conscience modifiée en sexologie. Balint part du constat que nous retrouvons dans la pratique clinique deux cas de figure : les patients qui acceptent les interprétations et peuvent évoluer grâce à elles, et ceux qui les refusent.

Balint insiste également sur la **notion d'introjection** empruntée par ailleurs à Ferenczi. Il l'associe au contenu du Surmoi, si actif dans la sexualité humaine au niveau des interdits. Le processus idéalisations-introjection-identification se retrouve dans des cas de vaginisme par exemple, où une image féminine (maternelle, grande maternelle) est véritablement incluse dans le psychisme de la patiente et donc dans ses conséquences sur des plans qui se potentialisent dans le symptôme : la relation à l'image du corps, la relation à l'étranger en soi (au sens de l'accueil de l'autre et de l'intégration de la différence sexuelle), les conflits de loyauté envers ces images idéalisées, sont autant de pistes à explorer et à travailler.

Enfin, citons parmi les mécanismes thérapeutiques l'importance de **l'intériorisation** (*insight*) pour que le processus thérapeutique profond puisse se mettre en route. La technique active, également dans sa filiation avec Ferenczi qui critiquait « le fanatisme de l'interprétation » et dont les jeunes sexologues doivent se méfier, a surtout pour but d'entraîner une position active du patient dans sa thérapie. La question de « l'élasticité » de la technique (Ferenczi, *Psychanalyse*, p. 53-65), de l'adaptation de la personnalité mais aussi de l'idéal normatif, oblige à réfléchir sur le but même de la sexothérapie et sur la place du sexologue dans la société. Si pour Ferenczi la fin d'une thérapie est pour le sujet « qu'il puisse opérer une séparation rigoureuse du réel et du pur fantasme [...] qu'il renonce au plaisir de la fantasmatisation inconsciente, c'est-à-dire du mensonge inconscient », pour Balint c'est « la capacité du patient à acquérir une maturité génitale et à pouvoir développer une relation d'objet

active et non seulement passive » (Hoppenheim, 2006). Capacité d'aimer, d'être aimé, d'accepter l'autre, de jouir sexuellement, de jouir simplement de la vie...

Ainsi le travail en groupe Balint permet de penser la manière la plus adéquate de répondre ou de ne pas répondre à la demande du patient en gérant ses résistances et en faisant avec ses défenses, de repérer la véritable demande du patient qui peut se situer sur plusieurs niveaux, en particulier se cacher derrière le symptôme sexuel mis en avant en première intention, tout en considérant son importance et sa gravité pour la vie personnelle et relationnelle du sujet. Enfin, il permet de prendre en compte la valeur de la relation dans le processus de guérison : « le médicament le plus fréquemment utilisé en médecine est le médecin lui-même ».

Avec son franc-parler et cette liberté de ton, Balint reste toujours dans cette perspective prudente dont nous pouvons nous inspirer en sexologie et mesurer la nécessité et l'enrichissement potentiel du travail de supervision :

« Certains analystes... en sont arrivés à la notion de la « bonne technique », c'est-à-dire une technique qui serait bonne pour tous les patients, et pour tous les analystes, quelle que soit leur personnalité. Si mon raisonnement s'avère juste, la bonne technique n'est qu'une chimère cauchemardesque, un ramassis extravagant de fragments de réalité incompatibles. » À méditer !

BIBLIOGRAPHIE

Œuvres de Michaël BALINT

Amour primaire et technique psychanalytique, (1947), Payot, 2001.

Le Médecin, son malade et la maladie, (1957), Payot, 2003.

Techniques psychothérapeutiques en médecine, (1961), Payot, coll. Petite Bibliothèque Payot, 2006.

Les voies de la régression, (1959), Payot, coll. Petite Bibliothèque Payot, 2000.

Le défaut fondamental, (1971), Payot, coll. Petite Bibliothèque Payot, 2006

Pédiatrie et psychothérapie. Inédit in *Psychothérapies*, Genève, éd. Méd/H, vol 22, 2002, n° 2

Sexe et société. Essai sur le plaisir et la frustration, Payot, 2011.

Œuvres sur Michael BALINT

MOREAU-RICAUD M. (2000), *Michaël Balint : Le renouveau de l'École de Budapest*, Érès.

OPPENHEIM-GLUCKMAN H., (2006), *Lire Michaël Balint : Un clinicien pragmatique*, Campagne Première.

REZNIK F., Le groupe Balint une autre façon de penser le soin, *Le Journal des psychologues*, sept 2009, N° 270.



On peut aussi se reporter à l'article de Michelle Moreau-Ricaud publié dans le *Dictionnaire International de la Psychanalyse*, vol. 1 p. 179, Calmann-Lévy, suivi de nombreuses références bibliographiques.

Sur les sites Internet des sociétés Balint étrangères

« *Was ist eine Balint-Gruppe* » site de la Société Balint allemande : www.balintgesellschaft.de

« *Balint groups, history, aims and method* » par John Salinski sur le site de la Société Balint américaine : <http://familymed.musc.edu/balint/index.html>

« *Méthodologie Balint : les groupes Balint* » site de la Société Balint belge : www.balint.be

« *Balint Groups Introduction to Balint groups* » par Heide Otten sur le site de la Fédération Internationale Balint : www.balintinternational.com

16

LE GRAND CHANTIER DU CORPS EN SEXOLOGIE

LES PATIENTS NOUS PARLENT d'abord de leur corps à travers leur sexualité. Toute leur vie sexuelle s'étaye sur l'expression de cette dimension somatique sur plusieurs plans : sensoriels, temporels et évolutifs : celui qui ne ressent plus rien, qui a mal, qui réagit de façon inappropriée, qui s'anesthésie, qui souffre, qui s'assèche, qui se ramollit, qui saigne... Ignorer le corps dans la prise en charge psychogène des troubles sexuels relèverait du ridicule. Willy Pasini en 1981 parlait déjà de « psychothérapie corporelle ». Si on a beaucoup dit que le corps était le grand oublié de la psychanalyse freudienne en tout cas dans sa perception directe, le courant humaniste et californien des années soixante-dix a largement introduit l'approche corporelle en sexologie par différentes techniques (citons bien sûr Reich et Lowen) d'où sont issues les thérapies corporelles aujourd'hui en vogue : l'approche sexocorporelle de Jean Yves Desjardins, l'approche sexo-fonctionnelle, les massages...

Cela étant, les recherches sur le fonctionnement physiologique sexuel de l'homme et de la femme s'inscrivent dans une techno-médicalisation de la sexualité renforcée par l'aspect médicamenteux, qui a pour conséquences une mise à distance des pistes plus intrapsychiques.

Si le rôle du psychologue sexologue clinicien auprès du patient va être d'abord de laisser place à une parole, puis à une élaboration de celle-ci sur sa sexualité, le terrain (et le terreau !) du corps est extrêmement vaste en sexologie, tant au niveau de

l'évaluation clinique que des thérapies proposées. Il a donc fallu faire des choix. Ce sont ces pistes et leur implication dans la prise en charge que nous allons explorer sous forme de questions qui peuvent éclairer le praticien débutant.

Les articulations entre « corps psychique » et corps somatique dans la sexualité

Le vécu du corps dans la sexualité est éminemment subjectif et renvoie à des couches archaïques de la construction psychique. Et même si Masters et Johnson ont établi une courbe de la fonction sexuelle qui peut être considérée comme universelle, le vécu et l'expression du corps dans la sexualité ne peuvent être qu'individuels, s'inscrivant dans une histoire singulière et impliquant de ce fait la question du temps. Cette première articulation va donc renvoyer à la sensorialité, à l'intégration psychique de celle-ci, aux mouvements du plaisir sexuel, de l'excitation, mais surtout à la représentation que s'en fait le patient et au sens que tout ce « vécu » somatopsychique va prendre. Willy Pasini insistait déjà sur ces fonctions psychosomatiques en sexologie, en proposant une « géographie » de l'espace du corps dans la sexualité :

- l'opposition **haut/bas** lorsque par exemple les mécanismes d'intellectualisation barrent le chemin au ressenti corporel. Le patient n'accède pas, ou très peu, à ses sensations. On peut penser que la jouissance des processus de pensée dépasse largement le plaisir purement corporel, et ce depuis longtemps dans la vie du sujet ;
- le deuxième plan, **devant/derrière**, est lui aussi très riche d'enseignements. Beaucoup de femmes refusent l'animalité de leur sexualité (de celle de l'autre). Cette dimension rejoint d'ailleurs la précédente et a des inscriptions culturelles (cela ne se fait pas !), surmoïques (c'est interdit, c'est sale, c'est primaire...), voire paranoïdes (le danger vient de derrière... !)
- enfin, le paramètre **dedans/dehors** recouvre également beaucoup de problématiques sexuelles et relationnelles, notamment concernant la sexualité féminine dans la prise en compte de la représentation sensorielle de son intériorité, mais aussi chez l'homme dans la relation à la vacuité féminine, à l'érotisation du corps dans sa globalité.

La pratique clinique nous apprend que beaucoup de difficultés sexuelles tournent autour de cette problématique pénétrer/être pénétré, non pas dans le sens restrictif coïtal, même si celui-ci reste une préoccupation aux multiples formes symptomatiques, mais beaucoup plus globalement dans la relation. Comme le dit Anne Dufourmantelle :

« Entrer dans la jouissance, c'est être quand même à cet endroit où le corps n'appartient plus au corps, où il devient pure résonance, pure intelligence de l'autre, et dans cet abandon, devient « pensée ».

« Le sexe n'est pas le corps. Il est même l'oubli du corps. Il est ce qui nous fait éprouver, dans la jouissance, le désir ou la tristesse, l'excitation, la peur, l'envie, tout ce qui du corps n'est pas le corps, c'est-à-dire la chair. Quand le corps devint monde, paysage, lande, sable, langue, collage, collapse, mémoire, le corps entier est convoqué comme autre que chair. »

Le trouble de la sexualité qui s'inscrit dans le corps peut prendre plusieurs formes : « l'échappée belle » de la perte d'érection, un vagin qui se clôtüre, une éjaculation qui dérape, une douleur qui nuit systématiquement à la relation. Le corps devient alors le vecteur de tout un monde émotionnel qui peut aller de la peur à la colère, de la dévalorisation narcissique au renoncement. Les troubles du désir secondaires en sont souvent les conséquences.

Enfin le jeu subtil des troubles somatiques qui accompagnent un trouble de la sexualité est à évaluer de façon très précise par le praticien, soit en amont par exemple lorsque la difficulté sexuelle s'inscrit dans les suites d'une maladie ou d'une grossesse difficile, soit concomitamment quand la santé défaille, soit en aval dans ses conséquences dépressives. Le corps est un révélateur de l'inconscient et on peut ainsi considérer que tout trouble somatique a sa place dans une histoire et dans une demande d'aide, si ce n'est du sens. Il est à envisager dans une continuité globalisante, qui intègre la sexualité même si le patient n'y a pas accès, du moins consciemment.

Les expressions psychiques du corps

Même si des philosophes comme Spinoza ont largement contribué à l'élaboration de la pensée autour de la psychosomatique, en particulier à partir de l'unité absolue du corps et de l'esprit et la fonction du désir en tant que *conatus*¹ (l'effort de persévérer dans son être), Groddeck a été un des tout premiers psychanalystes à envisager la relation entre l'esprit et le somatique à partir de la sexualité, ce qui lui a fait dire :

« Il n'y a pas de maladie et il n'y a jamais eu de maladie, qui n'ait pas sa cause première dans la pulsion sexuelle et le combat avec cette pulsion². »

1. « L'effort par lequel toute chose tend à persévérer dans son être n'est rien de plus que l'essence actuelle de cette chose. » Éthique III, Proposition VII.

2. Dans les Conférences psychanalytiques t. III, p. 156.

Dans *Le Livre du Ça*, recueil de lettres fictives écrites à une amie, il élabore sa théorie selon laquelle toute atteinte somatique est en lien avec un conflit intrapsychique. Groddeck était un rebelle, un « sauvage » qui affirmait que le corps incarne la psyché, et il est considéré comme le fondateur de « l'intuition psychosomatique ». Ce qu'il faut en retenir pour les sexologues, **Roger Lewinter** le dit très clairement dans sa préface de l'ouvrage de Groddeck :

« Pour Groddeck le hasard, le non-sens n'existent pas : sont absolument impossibles. Tout ce qui arrive à l'homme a un sens. Toute maladie, accidentelle ou non, est créée par l'homme, plus exactement en l'homme, par le ça, qui utilise le monde et ses agents pour parvenir à sa fin... cette négation du hasard et cette affirmation de la causalité interne de tout phénomène humain, de la finalité absolue de la vie, explique la conception groddeckienne de la maladie... Expression de l'homme, elle remplit une fonction qui est comme toutes les fonctions, ambivalente, qu'il s'agit de décrypter dans le traitement... »

Ce qui pourrait paraître aujourd'hui complètement excessif face aux progrès immenses de la médecine, interroge fondamentalement le psychologue sexologue dans le choix de sa prise en charge : éliminer l'effet, ne laisse-t-il pas intacte la cause profonde ? En ce sens, l'expression du symptôme sexuel comme les autres symptômes somatiques n'exprime-t-il pas quelque chose qui n'a pas pu s'exprimer autrement ? Et est-ce vrai dans tous les cas ? *A contrario*, Roger Lewinter pose une vraie question qui une fois de plus oblige le sexologue, quelle que soit sa profession, à une approche globale : « Quant aux thérapies psychiques, en se refusant à considérer aussi les symptômes organiques, elles négligent les indications les plus spécifiques du malade, qu'elles dichotomisent, et se prennent au piège de leur abstraction. » On ne peut quitter Groddeck sans aborder la dimension du symbole et de son lien avec le symptôme, « une présence déterminée par une absence qu'elle représente », une « confusion » entre deux termes qui deviennent identiques, comme d'ailleurs le porte le mot symbole dans son étymologie puisque le symbole est une marque de reconnaissance entre deux parties¹.

C'est précisément cette notion de symbole et de symbolisation qu'interroge **Pierre Marty**, père de la « pensée opératoire », donnant des voies de réflexion sur certains sujets qui présentent un trouble sexuel accompagné de troubles somatiques à répétition et en grande difficulté de représentation. Fondateur de l'Institut de

1. « Un objet coupé en deux, dont deux hôtes conservaient chacun une moitié qu'ils transmettaient à leurs enfants. Ces deux parties rapprochées servaient à faire reconnaître les porteurs et à procurer les relations d'hospitalité contractées antérieurement » Dictionnaire le Bailly.

psychosomatique, Pierre Marty rend tout d'abord hommage à Frantz Alexander qui a mené les premières recherches en psychosomatique et a fécondé ce domaine à Chicago dans les années trente, mettant en avant la notion de « constellations psychodynamiques », caractéristiques de certaines affections somatiques. Pour Pierre Marty, la « psychosomatique considère donc les mouvements psychiques et somatiques ainsi que les relations entre ces mouvements chez les malades somatique », la psychanalyse constituant une référence permanente à la psychosomatique mais ne se confondant pas avec elle.

En sexologie, il est évident que nous sommes toujours confrontés à cette articulation dynamique entre les processus psychoaffectifs et les processus biologiques et, nous l'avons vu, tout l'art du praticien sexologue sera de démêler un écheveau souvent bien compliqué tant dans ses causes que dans ses conséquences, sans tomber dans un dualisme ou une pensée magiques réducteurs.

Toujours dans le souci d'être utile au sexologue, à la fois dans l'analyse du cas et dans sa prise en charge, interrogeons-nous sur cette place du corps en abordant le concept de « pensée opératoire » développé par Pierre Marty avec Michel de M'Uzan, qui met en évidence chez le patient une carence fonctionnelle des activités fantasmatiques et oniriques. Sa pensée est extrêmement concrète, consciente, factuelle, et le corps apparaît alors comme une machine, un « appareil » en plus ou moins bon état de marche. Dans ses aspects sexologique, on peut rencontrer des sujets qui se limitent à des descriptions quasiment sans affects de leur sexualité, dont ils parlent en termes par exemple de « rentrer-sortir » pour les difficultés de pénétration, « monter-descendre » pour l'érection, ou encore « ça ne sort pas » pour les anéjaculations. La sexualité est vécue comme uniquement mécanique, sans rêves, sans affects, sans émotions, sans relation véritable. La pensée se réduit face à l'importance des comportements. La notion élargie de « vie opératoire » (Marty, 1976), qui renvoie à celle de « dépression essentielle » et jusqu'à celle de « désorganisation progressive », peut en être la figure extrême. La somatisation reste l'unique possibilité d'expression et le corps devient dès lors le terrain d'essence archaïque d'une perte d'adaptation.

Comme le souligne Marty, la façon de parler du patient est très riche d'informations et il convient d'observer tout à la fois la fluidité de son discours, la qualité de la relation, la qualité de son organisation préconsciente dans les associations, la présence sous-jacente de l'inconscient par les lapsus, les suspensions... L'exclusion de cette part inconsciente va sa caractériser par un style direct sans affects, sans associations, la place occupée par les préoccupations de santé, de maladie, d'affection somatique, soit dans son excès, soit dans son déni, la valeur objectale de la maladie affectivement plus ou moins investie... En ce sens, on est parfois étonné de voir que l'annonce d'une maladie grave (un cancer génital ou du sein par exemple) peut faire cesser les

angoisses diffuses de l'état dépressif essentiel. Au niveau du diagnostic, l'approche psychosomatique propose un schéma intéressant dans son esprit de synthèse :

« L'investigation psychosomatique se réalise au fond, dans une série de représentations psychoaffectives du consultant à propos du patient qu'il a en face de lui... la synthèse finalement économique des données topiques mentales (fonctionnement psychique), dynamique mentale (pulsions, conflits défenses) et d'expression... représente le diagnostic du psychosomaticien. »

Prenant l'exemple de la consultation au chevet de malades, Marty insiste sur les qualités d'empathie du thérapeute mais surtout sur sa capacité à se désengager de cette empathie pour pouvoir élaborer.

Le corps est aussi une surface en interaction avec le monde extérieur. **Didier Anzieu**, avec son concept de « Moi-peau », apporte un éclairage dans la prise charge de troubles sexuels en particulier dans les difficultés liées aux limites corporelles, aux frontières, à la fonction contenant, aux orifices sexuels dans ce qu'ils peuvent être confus, à l'intrusion, dans les échanges avec autrui et donc dans la relation intime. Ainsi, le Moi est relié métaphoriquement à la peau dans ses trois fonctions principales : enveloppe contenant et unifiante du dedans, barrière protectrice du psychisme (limitative face au dehors), lieu d'échange permanent. La peau établit des barrières et filtre les échanges notamment dans les relations primaires.

Bowlby et sa notion d'attachement, Spitz avec celle d'hospitalisme ont été des inspirateurs pour Anzieu, mais Winnicott avec sa notion d'espace transitionnel est à la base du « Moi-peau ». Allier ainsi corps et pensée, représentation et lien concret et dynamique au monde, est fondamental dans l'approche des symptômes sexuels. La notion également de « pare-excitation » attribuée au Moi-peau est tout à fait utile dans la lecture de certains troubles où justement l'excitation sexuelle est en cause, soit dans son rejet total impliquant un « faux » trouble du désir, soit dans son envahissement, dans les addictions sexuelles par exemple.

Nous ne pouvons oublier l'immense travail théorique du psychanalyste **Sami Ali**, qui a fait évoluer la pensée psychosomatique sur des axes passionnants et unificateurs :

« La théorie relationnelle de la psychosomatique définit trois axes fondamentaux de fonctionnement, à partir de quoi se dessinent trois formes majeures de pathologie, impliquant à la fois le psychique et le somatique. Axes de fonctionnement aussi bien que formes de pathologie leur correspondant sont déterminés par deux concepts de base : la fonction de l'imaginaire, d'une part, et le refoulement de la fonction de l'imaginaire, d'autre part. Le développement des deux concepts permet de déduire,

par une démarche a priori, l'ensemble de la pathologie humaine dans sa double appartenance au psychique et au somatique¹. »

La question du « banal » (Sami Ali, 1980), qui interroge le rationnel, la technique, l'uniformité, le conformisme social, et qui sous-tend l'hyper-adaptation, est particulièrement d'actualité en sexologie tant les comportements peuvent être stéréotypés : « Le banal, c'est donc le familier qui à force de familiarité, n'a plus rien à voir avec l'étrange. ». La place du rêve et du lien avec les affects (Sami Ali, 1997), que l'on oublie beaucoup en sexologie, celle des liens entre le corps et l'imaginaire, la théorie de l'impasse relationnelle (Sami Ali, 2000) qui revoie à l'enfermement du sujet dans son symptôme, et plus récemment la psychosomatique relationnelle (Sami Ali 2011), sont les piliers de la réflexion de Sami Ali :

« Le travail sur les rêves dans les perspectives de la théorie relationnelle semble ainsi le moyen par excellence d'aborder cet aspect fondamental de l'expérience humaine, pourvu que le thérapeute soit en résonance, garantissant le passage du présent au passé, de la conscience vigile à la conscience onirique et vice et versa. »

Ces quelques propositions d'éclairages sur le corps en sexologie sont l'occasion de mentionner **Joyce Mc Dougall**, qui a beaucoup soutenu le diplôme de sexologie de Paris-13 Bobigny et participait toujours avec beaucoup d'enthousiasme aux travaux cliniques de la Sexologie Française. Son immense travail de psychanalyste et surtout de clinicienne intégrant le corps, d'une clarté éblouissante, mérite d'être reconnu en conclusion de ce bref panorama des bases utiles au sexologue.

Joyce utilisait ainsi le terme de « psychosoma », mot unique qui d'emblée réfute la dichotomie si complexe et si entretenue par la médecine. Les « théâtres du corps » se substituent alors aux mots qui manquent, où le soma parle un « langage obscur », préverbal et archaïque à travers le trouble ou la maladie. Elle insiste, entre autres concepts, sur la désaffection à l'œuvre dans la perversion, invente les concepts de normopathie et de néosexualités mettant en nouvelle perspective la question des paraphilies.

Ses travaux sur la sexualité, dans le sillon de Robert Stoller, ont été particulièrement novateurs en ce qui concerne le concept d'addiction. Nous lui devons donc beaucoup mais surtout elle fut l'exemple de cette « finesse clinique » nécessaire à la prise en charge des troubles sexuels dans leur complexité. Elle fut aussi l'exemple d'une femme psychanalyste qui peut se rendre libre face au dogme tout en respectant

1. <http://cips.free.fr>

l'éthique. Dans son ouvrage *Affects : dispersion et désaffection*, le chapitre intitulé « La sexualité en tant que drogue » aborde le nécessaire distinguo entre le désir et le besoin à travers l'analyse d'un cas clinique :

« Je parle tout le temps de mon besoin d'avoir une femme près de moi et vous me dites que je ne parle jamais de mon désir pour une femme. Mais comment désirer quelqu'un qui n'est pas là ? »... Mon patient poursuit en disant que l'acte sexuel était important pour lui parce qu'il lui permettait de trouver le sommeil ; il arrive que, chez certains sujets, la partenaire soit prise à la place d'un somnifère ! »

Joyce Mc Dougall interroge la question du choix des expressions somatiques dans les circonstances traumatiques précoces et insiste sur « la mémoire tenace » du corps, qui prend un relief particulier dans beaucoup de symptômes sexuels. Nous voyons tous les jours, en sexologie de pratique quotidienne, ces vagins « qui n'oublient pas » la douleur d'un premier rapport difficile, ces zones érogènes qui s'anesthésient, ces clitoris qui deviennent intouchables, ces vulves qui piquent, qui grattent longtemps après le déclenchement et le soin complet d'une mycose... Plaisir et déplaisir sexuels se tracent sur cette mémoire du corps, où psyché et soma tissent, depuis les premières relations du bébé au monde, leur trame inséparable.

Le corps et son image

Nous ne pouvions aborder la question du corps en psychodynamique sexuelle sans parler de son image si présente dans nos consultations.

Dans les consultations pour troubles sexuels féminins, l'image du corps est une préoccupation que le thérapeute ne doit pas occulter, tant elle a son importance dans l'évaluation du trouble et dans le choix de la prise en charge.

Tel Janus, l'image du corps a deux visages : un visage conscient, extérieur, visuel, et un visage plus inconscient, caché, mais néanmoins très actif dans la sexualité et sa construction. L'image du corps implique trois dimensions : la libido, le désir et l'inconscient, surtout dans tout ce qui relève du narcissisme. La dimension fantasmatique très active dans la représentation intérieure et extérieure du corps sous-tend de nombreuses pathologies sexuelles et il est indispensable d'en évaluer les tenants et aboutissants.

L'image consciente a été théorisée par **Paul Schilder**, contemporain de Freud, dans des axes restrictifs mais qui ont eu le mérite de lancer le débat autour de l'image du corps : il considère que « l'unité du corps est un modèle postural », l'image du

corps ayant une base biologique s'articulant avec le psychologique et le social, la libido conférant à ces matériaux une structure et une signification mais restant en perpétuel mouvement de construction et d'autodestruction. Dans son introduction il nous dit :

« L'image du corps humain, c'est l'image de notre propre corps que nous formons avec notre esprit, autrement dit, la façon dont notre corps nous apparaît à nous-même... Par-delà ces sensations, nous éprouvons de façon directe qu'il y a une unité du corps. Cette unité est perçue, mais elle est plus qu'une perception. Nous disons qu'elle est un schéma de notre corps ou schéma corporel... le schéma corporel est l'image tridimensionnelle que chacun a de soi-même. »

Cet « apparaître à soi-même du corps » et la connaissance que le sujet peut en avoir seront tributaires, selon Schilder, des courants érotiques répandus dans le corps, et inversement elle les influencera. Il insiste sur l'importance des zones érogènes dans le modèle postural du corps.

Ainsi, quand une patiente qui souffre d'un trouble du désir primaire parle de sa relation à son image du corps non conforme, dégradée, dévalorisée, en quête de perfection (si fréquente aujourd'hui !), il faut garder à l'esprit que cette représentation qui sous-tend son malaise, se situe toujours à la limite de sa conscience et des forces inconscientes liées à sa construction narcissique. Comme le souligne Éric W. Pireyre, image du corps et schéma corporel restent des notions finalement assez confuses chez Schilder, **Françoise Dolto** restant la psychanalyste qui a le plus enrichi cette notion.

Elle définit le schéma corporel comme spécifiant « l'individu en tant que représentant de l'espèce, quels que soient le lieu, l'époque où les conditions dans lesquelles il vit » (Dolto, 1984).

Pour Dolto, le schéma corporel est à la fois conscient, préconscient et inconscient. Il est l'abstraction d'un vécu dans les trois dimensions de la réalité, et se structure par l'apprentissage et l'expérience. Il sert de repère pour se déplacer dans l'espace par une auto représentation du corps en mouvement, en action, et se construit par l'intégration des sensations visuelles, auditives et kinesthésiques. Il est donc lié au tonus, à l'équilibre, aux limites du corps, dans un rapport dynamique au monde extérieur.

La grande différence entre schéma corporel et image inconsciente du corps réside dans le fait que cette dernière est liée à l'histoire individuelle et donc prise dans les mouvements de libido du sujet.

- elle est éminemment inconsciente, peut accéder au préconscient puis au conscient à partir du discours du patient ;

- elle est la synthèse vivante des expériences émotionnelles et donc d'une inscription dans le corps des relations (en particulier précoces) mais aussi des sensations « érogènes électives archaïques et actuelles » ;
- elle est à la fois mémoire du corps, « trace structurale de l'histoire émotionnelle d'un être humain » et vécu actuel narcissique et dans la relation.

L'image inconsciente du corps est avant tout dynamique et se présente suivant trois modalités qui vont nous être extrêmement utiles en sexologie :

- l'image de base, qui renvoie au sujet la sensation d'exister. Nous trouvons dans certaines expériences cliniques une carence de cette image de base, en particulier quand aucune sensation ne peut être décrite ni sur le plan sexuel ni sur le plan global. Le patient a l'impression de ne « pas sentir son corps », en aucune circonstance y compris dans la relation ;
- l'image fonctionnelle, qui est en lien direct avec le désir, le manque, et qui entraîne des schèmes de la motricité, du fonctionnement des organes et des orifices du corps et donc des zones érogènes, « un corps à l'affût d'objet concrets pour assouvir ses besoins ». Le sujet désire et donc cherche le plaisir pour lui-même. C'est en somme le fonctionnement personnel adéquat qui permet une sexualité épanouie. C'est pourquoi nous retrouvons très souvent une altération de cette image fonctionnelle du corps dans les cas d'anorgasmie primaire, avec une absence de sensations internes et de plaisir vaginal, voire dans certains cas un vaginisme... L'absence de masturbation, fondatrice de l'apprentissage et de l'expérience sexuelle subjective, accompagne souvent cette carence. Comme si cette représentation du corps « en action » pour le sujet lui-même n'était pas construite ;
- l'image érogène, qui est l'image d'un corps s'inscrivant dans ses fonctions de plaisir-déplaisir éprouvé, espéré ou recherché dans la relation érotique à l'autre. L'importance du désir envers cet autre-là, la représentation du corps « référée à des cercles, ovales concaves, boules, palpés, traits et trous, imaginés doués d'intentions émissives actives ou réceptives passives, à but agréable ou désagréable » telle est la définition de l'image érogène de Françoise Dolto.

Par son travail avec les tout-petits en souffrance, elle en fixe aussi les étapes de construction liées au langage (à partir du « nommer » à la naissance par le prénom) et à la castration « symboligène » : ombilicale, anale dans ses aspects de maîtrise et de créativité, génitale dans la découverte de la différence des sexes et génitale œdipienne impliquant l'interdit de l'inceste.

Ces trois dimensions de l'image du corps constituent et assurent l'ensemble du corps vivant, la mémoire inconsciente du vécu relationnel précoce en étant la base. La « trace » corporelle au jour le jour mémorisée du « jouir » frustré, réprimé ou

interdit, se réactualise dans certains symptômes sexuels ou dans certaines situations relationnelles ou de couple.

Nous le constatons dans certains couples très fusionnels immatures où la sexualité ne peut pas se vivre, s'épanouir, et où l'excitation sexuelle n'a aucune place. Les mécanismes de projections sont tels que les deux images inconscientes du corps ne se renvoient que de l'archaïque et du régressif. Deux solutions alors se dessinent : soit un travail d'autonomisation peut se faire en couple, soit l'un d'eux s'échappe et peut réinvestir ailleurs sa propre image inconsciente du corps. Dans ce cas, le schéma corporel reste intact.

On peut penser que certains patients restent fixés à une seule étape tandis que d'autres connaissent les trois, avec des aléas de construction qui passent par la mémoire corporelle pour atteindre la représentation et l'acceptation du corps où traumatismes et abus...ont toute leur place. Ceci revient à dire que l'image du corps dans tous ses aspects – et non pas seulement narcissiques – est essentielle et doit être explorée.

Plusieurs techniques peuvent permettre cette approche : le dessin, l'art-thérapie, mais surtout ce que le patient va pouvoir en dire et ce qu'il va pouvoir en imaginer. Les approches comme l'hypnose ou la relaxation sont aussi utilisables dans ce cadre, ainsi que certaines approches purement corporelles visant à mettre le corps en mouvement.

En conclusion

Outre la dimension purement biologique du corps qui devra être prise en compte en sexologie, la dimension symbolique doit aussi être explorée à travers les somatisations, l'expression « incarnée » du symptôme sexuel, l'image du corps consciente et inconsciente extérieure et intérieure. Dans son article, « Psycho Corporel. Entre rétrospective et propositions théoriques » (2011), Josy Ghédighian-Courrier distingue les deux courants thérapeutiques dont l'un « a eu pour vocation d'établir un pont entre la reconnaissance du soubassement corporel de souffrances de ces différentes pathologies et l'exigence de toucher le psychisme autrement qu'en touchant le corps... », l'autre sur les émotions. Elle s'appuie sur les neurosciences et les recherches actuelles pour aborder la question de la mémoire du corps : « Tout élément conscient vient rencontrer des traces déjà inscrites qui le re-catégorisent, qu'il s'agisse d'un événement actuel ou d'un souvenir revenu en mémoire ». Émotions et neurones miroirs, dans une perspective de « prise de conscience », sont à la base de la construction du schéma corporel et de l'organisation du corps dans l'espace. L'impact des émotions sur le corps alors utilisé comme une scène (c'était déjà l'idée de Joyce Mc Dougall) « en suscitant des réactions, modifient le paysage corporel et cérébral ».

Les difficultés que certains de nos patients ont pour entrer en contact avec le corps de l'autre mais aussi avec le leur propre, notamment dans son « animalité », et qui font souvent le lit de grosses altérations sexuelles et relationnelles, les incapacités à entrer en relation émotionnelle

avec le partenaire à hauteur des inaptitudes émotionnelles personnelles, s'inscrivent dans cette lecture des fonctions miroirs « qui ne s'exercent que dans la limite des acquisitions personnelles construites lors des interactions précoces (riches de mimétisme comme le dit René Girard) et des divers apprentissages, tant au niveau du vocabulaire d'actes que celui des couleurs émotionnelles affectives ».

Le psychologue sexologue, nous allons le voir en détail dans l'évaluation sexologique, rencontre le corps de son patient de multiples façons. Si l'action du psychisme sur le corps a été abordée par différentes portes d'entrée par les cliniciens, l'action du corps sur « l'esprit » reste encore bien mystérieuse. L'avenir nous dira probablement comment ces interactions fonctionnent dans les deux sens. Et si la recherche en neurosciences s'intéresse aujourd'hui à ces mouvements dans l'objectif, d'une certaine façon, de percer le mystère de l'essence même de l'humain, la clinique quotidienne nous montre que l'unité corps/psychisme est à l'œuvre dans les troubles sexuels, modèles de cette interaction dans toutes ses dimensions cognitives, émotionnelles, inconscientes, désirantes et... charnelles !

BIBLIOGRAPHIE

- ANZIEU D., (1995), *Le Moi Peau*, Paris, Dunod,
- DOLTO F., (1984), *L'image inconsciente du corps*, Paris, Seuil.
- DUFOURMANTELLE A., (2003), *Blind date, sexe et philosophie*, Paris, Calmann-Lévy, p. 30 et 41.
- GHÉDIGHIAN COURRIER J., *Psycho Corporel. Entre rétrospective et propositions théoriques, Sexologies*, Elsevier Masson, 2011, 20, 125-130
- GRODDECK G., (1969), *La maladie, l'art et le symbole*, Paris, Gallimard.
- JOYCE MC DOUGALL, (1989), *Théâtres du corps*, Paris, Folio essais.
- LOWEN A. (1958), *Le Langage du corps*, Tchou.
- LOWEN A. (1965), *Amour et Orgasme*, Tchou.
- MARTY P., *La psychosomatique de l'adulte*, Que sais-je, 1990, 7^e édition
- MARTY P., (1976), *Les mouvements individuels de vie et de mort*, Paris, Payot, 1998.
- PASINI, W. (1981), *Éros et changement*, Paris, Payot.
- PYREYREW. (2011), *Clinique de l'image du corps, du vécu au concept*, Paris, Dunod.
- REICH W. (1982), *La Révolution sexuelle*, Christian Bourgeois,
- SAMI ALI, (1980), *Le banal*, Paris, Nrf.
- SAMI ALI, (1997), *Le rêve, et l'affect, une théorie du somatique*, Paris, Dunod.
- SAMI ALI, (2000), *L'impasse relationnelle, Temporalité et cancer*, Paris, Dunod.
- SAMI ALI, (2010), *Corps réel, Corps imaginaire*, Paris, Dunod, 3^e édition.
- SAMI ALI, (2011), *Penser l'unité, psychosomatique relationnelle*, l'Esprit du Temps.
- SCHILDER P., (1968), *L'image du corps*, Tel, Paris, Gallimard.

17

LES CLASSIFICATIONS NOSOGRAPHIQUES ONT-ELLES UN INTÉRÊT EN SEXOLOGIE ?

Audrey Gorin

Définition et présentation des classifications nosographiques

La nosographie se définit comme une « description, classification des maladies » (Larousse). Les principales classifications nosographiques utilisées en pratique clinique sont :

- la CIM (Classification internationale des maladies), classification de l’OMS (Organisation mondiale de la santé) ;
- le DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* ou manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux) élaborée par l’Association américaine de psychiatrie (APA).

◆ La CIM

La CIM a été élaborée pour « permettre l’analyse systématique, l’interprétation et la comparaison des données de mortalité et de morbidité recueillies dans différents pays ou régions à des époques différentes » (World Health Organization, 2010).

Historiquement, la première version est née des travaux d'un médecin français, Jaques Bertillon, qui a conçu la Classification des causes de décès, réactualisée environ tous les 10 ans jusqu'en 1938. À la création de l'OMS en 1945, cette classification est mise à jour et devient la *Classification statistique internationale des maladies, traumatismes et causes de décès* (1948) ou CIM-6 (document OMS). La version actuellement utilisée est la CIM-10 (OMS, 1993), la CIM-11 devrait paraître en 2015.

◆ Le DSM

Le DSM est un manuel de référence classifiant et catégorisant des critères diagnostiques et statistiques de troubles mentaux spécifiques. Il est utilisé internationalement. Depuis sa troisième révision (1980), sous la direction de Robert Spitzer, le DSM se veut a-théorique : les diagnostics psychiatriques DSM reposent donc sur l'identification clinique de syndromes sans considération étiologique. La première version du DSM a été publiée en 1952. La version actuellement utilisée est le DSM-IV (1994), révisée en 2000 ; le DSM-V devrait paraître en 2013. À l'heure actuelle, il est quasiment impossible de parler de psychiatrie moderne sans parler du DSM, qui fait autorité dans la discipline. Sans toutefois la résumer, il en est l'outil incontournable, devenu la nouvelle bible du diagnostic psychiatrique (Kirk et Kutchins, 1998). Utilisé par les chercheurs et par les cliniciens, son usage s'est répandu auprès des firmes pharmaceutiques et assurantielles. Le DSM fait toutefois l'objet de vives critiques.

◆ Les troubles « sexuels » dans le DSM

Dans sa version IV-TR, le DSM décrit :

A. Les dysfonctions sexuelles

- Troubles du désir sexuel
- Troubles de l'excitation sexuelle
- Troubles de l'orgasme
- Éjaculation précoce
- Troubles sexuels avec douleur (dyspareunie, vaginisme)
- DS dues à une affection médicale générale ou induite par une substance

B. Les paraphilies

- Exhibitionnisme
- Fétichisme
- Frotteurisme
- Pédophilie

- Masochisme sexuel
- Sadisme sexuel
- Transvestisme fétichisme
- Voyeurisme
- Paraphilie non spécifiée

C. Les troubles de l'identité sexuelle

Intérêts et limites du DSM en sexologie

Si le DSM est très controversé dans le domaine de la psychiatrie, qu'en est-il concernant la sexologie ? Quelle est sa pertinence dans cette discipline aux carrefours des sciences humaines et de la médecine, quelles en sont les limites ?

◆ Intérêts

La plupart des travaux récents en sexologie utilisent le DSM. Comment expliquer ce succès ?

Il constitue tout d'abord un langage commun aux différents praticiens et chercheurs confrontés aux difficultés psychosexuelles. La frontière du normal et du pathologique est l'une des principales problématiques en pratique sexologique (distinction plainte/symptôme sexuel), avec le risque de normaliser ce que l'individu a de plus intime et de plus subjectif. Ce qui paraît « pathologique » au patient ne l'est pas forcément pour le thérapeute et inversement. Il est important que cette frontière ne soit pas délimitée par des valeurs ou une histoire personnelles. Or, l'utilisation du DSM et de ses définitions critériologiques permet aux praticiens et aux chercheurs de s'accorder sur une définition (relativement) consensuelle des différents troubles sexuels.

Le DSM est avant tout l'outil qui permet de développer la recherche, dans une logique d'*Evidence-Based Medicine* (EBM). En effet, les définitions critériologiques du DSM, puisqu'internationalement reconnues, sont le prérequis nécessaire à l'élaboration de questionnaires standardisés dans un domaine aussi subjectif que la sexologie. Les différents travaux disponibles dans la littérature sont comparables entre eux dans la mesure où ils utilisent les mêmes outils et les mêmes méthodologies. Le cas des « addictions sexuelles » illustre l'importance du DSM dans la recherche actuelle. En effet il n'existe aucune définition consensuelle de l'hyperactivité sexuelle, qui constitue pourtant un motif de consultation croissant. Plusieurs terminologies sont utilisées dans la littérature : addiction sexuelle, compulsion sexuelle, trouble du

contrôle des impulsions, hyperactivité sexuelle... Chaque équipe a sa propre définition du trouble et développe son propre questionnaire pour l'étudier. Les résultats des différents travaux sont très divergents mais comment les comparer puisqu'ils ne traitent finalement pas du même objet ? Quelle pertinence accorder à ces différentes études dans ces conditions ? La 5^e version du DSM, qui évolue en fonction notamment de la clinique, devrait apporter une réponse à cette problématique.

◆ Limites

Depuis sa troisième version surtout, le DSM est très controversé (Kirk et Kutchins, 1998 ; Maleval, 2003).

Si sa motivation a-théorique vise à niveler les différents niveaux d'interprétation liés à des écoles trop différentes afin de créer un langage commun et de pouvoir évaluer et comparer des résultats thérapeutiques sur des bases identiques, il en découle une abrasion de tous les systèmes de pensée se rapprochant des dimensions imaginaires, symboliques et interactives de l'individu, qui se prêtent mal à l'évaluation et se voient remplacés par des indicateurs formels mais vidés de sens. « Les symptômes sont redevenus bêtes mais mesurables » (M. Bonierbale). Le sens du symptôme disparaît, au profit d'une approche descriptive et purement symptomatique, antagoniste de la pratique sexologique. Le risque en est l'appauvrissement des entretiens cliniques, avec un symptôme qui ne serait plus à lire à travers le patient (et son histoire) en ce qu'il a de singulier, mais qui serait un dysfonctionnement sexuel à éradiquer.

L'omniprésence du DSM en pratique clinique (avec par exemple la saisie du code diagnostique en fin de consultation sur des logiciels de soins) peut conduire à une médicalisation excessive de la sexologie, puisque cette approche est centrée sur la maladie et non sur le patient. Il ne s'agit donc plus d'un patient dont on chercherait à comprendre et à soulager la souffrance, mais d'une maladie à faire disparaître. Plutôt que de sexologie, il faudrait alors plutôt parler de médecine sexuelle, où l'individu ferait place au symptôme vidé de sens.

Le corollaire est l'approche médicamenteuse des troubles décrits dans le DSM. De nombreuses critiques sont d'ailleurs liées aux conflits d'intérêts au cœur de la rédaction du DSM. Ainsi, une étude publiée au mois d'avril 2006 montre que parmi cent soixante-dix collaborateurs à la rédaction du DSM, 56 % présenteraient au moins un type de conflits d'intérêts avec l'industrie pharmaceutique (Cosgrovea *et al.*, 2006). De nombreux praticiens dénoncent le *disease mongering* (ou « façonnage de maladies ») à des fins commerciales, soulignant par exemple le triplement du nombre d'entités nosographiques entre la première et la quatrième version du DSM.

DÉCOUVRIR LES OUTILS DU PSYCHOLOGUE CLINICIEN UTILES AU SEXOLOGUE

En conclusion

Les classifications nosographiques ont permis à la sexologie, à travers l'élaboration de définitions relativement consensuelles, d'accéder à une recherche méthodologiquement plus rigoureuse, faisant progresser nos connaissances et notre discipline. En ce sens, le DSM constitue un outil précieux. Il est toutefois important que cet outil ne remplace pas le sujet et ne le vide pas de son sens. Il est donc nécessaire que les sexologues relativisent la portée de cet outil, qui ne résume ni l'entretien clinique ni la prise en charge thérapeutique.

Enfin, on peut s'interroger sur la pertinence d'inclure les troubles psychosexuels dans le DSM : les « dysfonctions sexuelles », les paraphilies et les troubles de l'identité sexuelle sont-ils des maladies mentales ?

BIBLIOGRAPHIE

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. (1994), *DSM-IV Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, Traduction française, Paris, Masson.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. (2000), *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text rev.). Washington DC, traduction française (2003) : JD Guelfi et al, Paris, Masson.
- COSGROVEA L, KRIMSKY S, VIJAYARAGHAVANA M, SCHNEIDERA L. (2006), Financial Ties between DSM-IV Panel Members and the Pharmaceutical Industry, *Psychotherapy and Psychosomatics*, 75, 3, 154-160.
- KIRK S ET KUTCHINS H. (1998), *Aimez-vous le DSM ? Le triomphe de la psychiatrie américaine*, Institut Synthélabo pour le progrès de la connaissance, Collection Les empêcheurs de penser en rond.
- MALEVAL. (2003), Limites et dangers des DSM, *L'évolution psychiatrique*, 68, 1, 39-61.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. (1993), *Classification Internationale des Maladies et des problèmes de santé connexes, CIM-10/ICD 10*, Paris, Masson.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. History of the development of the ICD. <http://www.who.int/classifications/icd/en/HistoryOfICD.pdf>
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. <http://www.who.int>

Quatrième partie

ÉTAYER LA PRISE EN CHARGE EN PSYCHOSEXOLOGIE

18	Les premiers entretiens du psychologue sexologue.....	176
19	Observer, écouter... interpréter ?.....	187
20	Recevoir la plainte sexuelle	193
21	Trois étapes cruciales à explorer : le bébé, l'adolescent et le premier rapport sexuel	202
22	Orienter ou prendre en charge ?	213
23	Guide du psychologue sexologue pour les premiers entretiens .	219

18

LES PREMIERS ENTRETIENS DU PSYCHOLOGUE SEXOLOGUE

S I LE TRIPTYQUE évaluation/diagnostic/thérapeutique est la base de toute démarche médicale aujourd’hui complètement partie prenante du modèle sexologique, la spécificité de l’entretien tel que le psychologue clinicien le pratique est d’une grande utilité pour le sexologue. Son « savoir-faire » comporte plusieurs bases incontournables qui se distinguent de tout autre entretien, qu’il soit purement médical ou sociologique. Nous allons en aborder les originalités et les perspectives.

Qu’est-ce qu’un entretien « clinique » en sexologie pour le psychologue ? _____

Comme toute première fois, la rencontre entre un patient et le psychologue sexologue inaugure une relation particulière, qui peut avoir une durée variable d’un seul « entretien » à une série de rencontres et qui vont générer l’évolution ou le changement. Si l’originalité de la thématique apportée par le patient est la plupart du temps sexuelle, affective et/ou relationnelle, comme le dit Catherine Chabert (2011) :

« De nos jours, il arrive que le patient identifie très précisément le trouble qui l'amène et il attend alors que ce symptôme soit prioritairement investi par le clinicien afin de le traiter. Un tel dispositif met de côté l'idée d'une méconnaissance par le patient de ce qui l'habite et de ce qu'il demande... »

Préciser cette « habitation » du symptôme sexuel et accéder à la demande authentique du patient constituent donc l'enjeu des premiers entretiens cliniques en sexologie.

◆ Une définition générale

Un entretien est une action d'échange de paroles avec une ou plusieurs personnes. Entretenir signifie également apporter les soins, réparations, dépenses qui exigent le maintien en bon état. C'est aussi une conversation, une discussion, un conciliabule, une audience, une entrevue, un aparté, un tête à tête, tout ceci ne suffisant pas à définir un entretien clinique.

Le mot entretien a donc trois sens principaux : la dimension active de la parole dans le dialogue et celle du langage dans l'échange, le sens du maintien en bon état, et enfin la dimension duelle.

Ceci dit, tout cela n'est ni un entretien clinique ni un entretien psychothérapique.

Nous avons vu que le mot clinique vient de *klinè* en grec qui signifie lit. En tant qu'adjectif, c'est ce qui concerne le malade au lit, ce qui se fait au chevet du malade. L'outil d'intervention privilégié du psychologue, y compris dans la prise en charge des troubles sexuels, est donc cet entretien clinique en tant qu'il « vise à appréhender et comprendre le fonctionnement psychologique d'un sujet en se centrant sur son vécu et en mettant l'accent sur la relation » (Bénony et Chahraoui, 1999).

Pour **Colette Chiland** (1983), dans l'entretien clinique, « on ne fait que regarder et écouter, et parler pour mieux voir et entendre ». Ce sont donc la vue et l'ouïe qui sont privilégiées dans la relation. Il s'agit d'un entretien verbal et pas un examen physique. Le praticien psychologue sexologue ne touche donc pas le corps de l'autre ce qui le distingue de ses collègues d'autres professions de base. Ceci dit, le corps dans ses expressions de langage et la communication non verbale incluant le silence ont une grande place dans le processus d'évaluation.

Dans leur article « Un entretien, qu'est-ce que c'est, à quoi ça sert ? », Gilles Deleuze et Claire Parnet (1996), permettent par leur réflexion d'élargir notre point de vue sur l'entretien clinique en le définissant comme : « Ce pourrait être ça, un, entretien, simplement le tracé d'un devenir... jamais les choses ne se passe là où l'on croit, ni par les chemins qu'on croit »... Et à propos de la rencontre : « Une rencontre, c'est peut-être la même chose qu'un devenir ou des noces... Rencontrer, c'est trouver,

ÉTAYER LA PRISE EN CHARGE EN PSYCHOSEXOLOGIE

c'est capturer, c'est voler, mais il n'y a pas de méthode pour trouver, rien qu'une longue préparation... »

Le « degré de structuration » de l'entretien peut être plus ou moins fort et présent et ceci a un impact important en sexologie. Depuis « l'interrogatoire » médical hyperstructuré jusqu'à l'écoute flottante et silencieuse du psychanalyste, l'entre-deux de l'entretien sexologique doit avoir pour objectif de recueillir les données nécessaires au diagnostic tout en permettant un degré de liberté d'expression du patient. Tout l'art de l'entretien sexologique sera de se situer avec adaptation et souplesse entre ces deux pôles.

Dans l'entretien clinique, il y a deux personnes en jeu, deux interlocuteurs. L'un vient demander à l'autre de l'aide, une écoute, une position particulière qu'il prend dans le dialogue en fonction de sa formation. En cela, il y a une asymétrie dont il faudra tenir compte notamment dans la relation et ses effets.

Dans cette relation, le patient est celui qui est demandeur du soulagement d'une souffrance, d'un mal-être, d'une incertitude, d'une indécision... Le clinicien sexologue est celui qui porte un intérêt particulier à l'individu à la lumière de ses connaissances, de ses études, de son expérience mais aussi du travail qu'il a fait sur lui-même. D'une certaine façon, il met donc au service de l'autre non pas seulement ses connaissances scientifiques indispensables mais aussi son appareil psychique, son fonctionnement mental et sa capacité de comprendre et d'élaborer :

« Si c'est un savoir, c'est un savoir vivant, incarné où le clinicien paie de sa personne » (Colette Chiland, 1983).

On distingue plusieurs modèles d'entretien :

- **l'entretien directif** en sexologie s'appuie sur des questions directes, ciblées, qui sollicitent le patient par des réponses courtes et permettent le déploiement de réponses précises suivant les axes abordés. Il se rapproche donc de l'interrogatoire médical, précis mais ne laissant pas la place au sujet dans sa globalité psychique ;
- **l'entretien semi-directif** accorde une place à la dimension relationnelle. Dans ce cadre, le psychologue sexologue utilise sa grille de questions de façon souple, respectueuse des résistances, omissions, évitements et limites actuelles du patient. Sa faculté d'adaptation, et en cela l'approche éricksonnienne est très utile, doit permettre au praticien à la fois de recueillir l'essentiel des données pour effectuer un diagnostic, et de laisser le temps faire son œuvre d'intégration de la relation comme des éventuelles consignes sexologique directes. En ce sens, le premier entretien est

déjà thérapeutique puisqu'il inaugure le lien (ou la possibilité du tissage progressif du lien) thérapeutique ;

- dans **l'entretien non directif**, issu de la technique psychanalytique de l'association libre (Freud mais aussi Carl R. Rogers en 1942), le patient est invité à laisser aller ses pensées, à les exprimer, permettant au psychologue de repérer les mouvements psychiques mis à l'œuvre ainsi que les processus inconscients. L'amplitude de l'écoute, le processus de saisissement et de relance sont mis en œuvre dans ce type d'entretien. La question du silence se pose également, comme espace propre au patient face à une problématique intime, parfois difficile à exprimer. Ces silences doivent aussi être acceptés, respectés et reconnus par le praticien, qui doit pouvoir les supporter et non pas tomber dans un système défensif de questionnement.

Nous voyons donc que l'art de l'entretien sexologique réalisé par le psychologue procède de ces trois modèles. Il demande un certain nombre de précautions, d'adaptabilité, et se dégage de la raideur de ce qui pourrait ressembler à un questionnaire oral. Les interrogations suivant les axes doivent être réfléchies, posées à bon escient, avec pertinence et précision, tout en gardant l'espace nécessaire à la mise en place de la relation compte tenu de la dimension personnelle du patient.

Michèle Grossen et Anne Salazar Orvig (2006) soulignent l'hétérogénéité du genre « entretien clinique », qui évolue au fil de la thérapie, et insistent sur la place de « l'entretien » dans une suite d'entretiens en lien avec l'alliance thérapeutique en construction. Il est en effet important de souligner l'aspect dynamique et en mouvement de l'entretien sexologique.

◆ Les valeurs à l'œuvre dans l'entretien clinique

Les principes suivants sont les fondements mêmes de toute approche clinique et il semble utile de les rappeler :

- **le respect d'autrui** : il faut toujours garder à l'esprit que l'entretien clinique n'est pas un confessionnal. Cela pose la question de la place de la révélation et de la vérité. Il ne s'agit pas de tout savoir mais d'avoir suffisamment d'éléments pour poser un diagnostic... ;
- **la liberté de parole et de non-parole** : il ne s'agit pas de tout dire à tout prix, l'autre doit pouvoir trouver cet espace de liberté du « dit » et du non-dit ;
- **l'attention particulière à l'autre dans la bienveillance**. Cela pose la difficile question de la « neutralité bienveillante » proposée aux premières heures de la psychanalyse, deux termes qui s'opposent et se complètent. Le mot neutralité peut évoquer une certaine froideur. Or, il ne s'agit pas d'un impossible accès à l'autre auquel le patient serait confronté. Tandis que la bienveillance seule relèverait de la

compassion et se situerait plus du côté des bonnes œuvres ! Il est donc nécessaire que dans cette attention bienveillante portée à l'autre, s'intercale une distance indispensable au processus de pensée du thérapeute, qui cueille accueille, recueille.

« Ni la neutralité, ni la bienveillance ne vont de soi.... la neutralité, ce n'est pas seulement ne pas laisser paraître ce que l'on éprouve, c'est prendre conscience de ce que l'on éprouve et n'être pas gouverné par des réactions non contrôlées dans la compréhension du patient et dans la réponse qu'on lui donnera... la neutralité n'est pas un masque professionnel ou une attitude plaquée. Elle est un travail actif pour être au clair avec sa problématique personnelle et l'empêcher d'interférer ; travail jamais achevé parce que le client vient nous toucher de manière imprévue à nos points les plus sensibles » (Chiland, 1983).

Ceci met en évidence deux axes principaux :

- **l'attention particulière à soi-même** dans la relation à l'autre, dans cette tentative de mise en évidence de l'éprouvé mais aussi de mise en œuvre du « faire », l'acte thérapeutique dont les patients en sexologie sont si demandeurs aujourd'hui ;
- **la qualité de l'écoute**, qui doit se faire sur un double registre en distinguant d'une part ce qui est dit et ce qui n'est pas dit, d'autre part le contenu manifeste et le contenu latent ; contenu manifeste en tant que récit, contenu latent en tant que ce qu'il représente symboliquement et qui met en œuvre la capacité à associer du patient mais aussi celle du thérapeute. C'est ainsi que celui-ci laisse se déposer en lui des indices, qu'il perçoit d'ailleurs consciemment ou non et dont il pourra se servir dans le processus thérapeutique.

L'entretien clinique en sexologie mobilise les aspects suivants :

- **le verbal**, dont il convient de souligner l'importance des premières phrases et la façon dont le patient se présente et présente sa demande. Ainsi, le vocabulaire utilisé, la charge émotionnelle qui l'accompagne, la richesse des mots ou au contraire les stéréotypies, les répétitions, les lapsus, les dénégations, la difficulté d'expression, donnent quelques indications sur la façon dont le patient a intégré psychiquement son symptôme ;
- **les aspects non verbaux du langage**, tels que la voix, le débit, le rythme, le timbre, l'intensité mais aussi la place du silence, sa charge, son impact défensif ou fécond... ;
- **le plan corporel**, avec l'observation de la mimique, du regard, de la gestuelle et des postures, du mouvement du corps, de la tonicité. L'utilisation signifiante de

l'espace, la façon de marcher, de s'asseoir ainsi que les mouvements automatiques, de type grattages, manipulation d'objets... ;

- **l'aspect émotionnel**, et la façon dont le patient se situe dans ce registre... ;
- Notons que la question de l'interprétation de ces signaux dépend aussi de nous en tant que thérapeute, en relation avec les processus inconscients mis en jeu dans la relation.

L'observation est donc un des piliers de l'entretien clinique, avec l'écoute et le travail de la relation. Pour Albert Ciccone (1998), « l'observation suppose d'aller vers le réel, pour découvrir une nouveauté au-delà de ce qui se présente sous l'apparence du déjà connu. Observer suppose une position nouvelle, en rupture avec ce qui a jusque-là orienté le regard ».

Ainsi, l'observation clinique en sexologie n'a pas pour but de révéler le sens d'un symptôme mais de permettre le déploiement d'un sens potentiel du symptôme et donc d'une symbolisation du symptôme, d'une mise en route de la pensée à partir du symptôme, ce qui va permettre au patient de sortir de sa position de « victime » de son symptôme et d'en devenir acteur.

Eva-Marie Golder donne un modèle tout à fait intéressant du premier entretien clinique, avec différentes étapes qu'elle définit ainsi : l'instantané de la saisie, les élaborations imaginaires du thérapeute, le repérage mutuel, le moment sensible (souvent autour d'un mot), et l'accusé de réception du patient (la direction que va prendre le travail).

Comme le disent très justement Jean Bergeret et P. Dubor (2012),

« ce qui s'est déroulé au cours de l'entretien n'est ni un "accident" ni une "épreuve" ni une "remise en cause", c'est une tranche de vie. C'est une expérience relationnelle typique et répétitive du patient quant à ses conflits, ses échecs et ses manques, ses adaptations ou ses défenses moins heureuses ».

Les deux temps de l'entretien clinique en sexologie et les incontournables de l'évaluation

◆ Temps 1 de l'entretien

Le premier temps est celui de l'écoute et de l'observation. Les premières phrases prononcées par le patient sont à noter tant elles vont donner le ton du premier entretien. En effet, la teneur des propos sur le symptôme sexuel va indiquer plusieurs éléments :

le patient a-t-il cherché de lui-même des informations ? Est-il adressé par quelqu'un (un autre praticien, son médecin, son conjoint...) ? La teneur émotionnelle de ces premiers moments est aussi très explicite de l'état intérieur du patient au moment de la consultation.

Dans ce premier temps, le patient doit pouvoir s'exprimer en toute liberté et le psychologue sexologue, grâce à ses outils psychodynamiques, aura des pistes sur :

- le mode d'expression langagière (débit, ton, silences, rejets, coups d'arrêt des échanges, repli ou au contraire envahissement et logorrhée, densité du discours...) ;
- le mode de relation qui peut aller de la fusion immédiate à la passivité, à la dimension dépressive ou triangulaire, impliquant l'autre, de fuite ou d'hypercontrôle, de neutralisation ou d'isolation de l'interlocuteur... ;
- le type d'angoisse comme la perte d'objet, le morcellement, l'angoisse de castration et bien sûr l'angoisse de performance. La façon également de « négocier » cette angoisse... ;
- le mode de défense autour du symptôme sexuel et en général sur le plan de la personnalité ;
- le niveau d'évolution affective, dépendance ou distance, quête narcissique... ;
- le degré d'adaptation aux réalités, la place du fantasme tant au niveau de la sexualité que des relations affectives (recherche du « Prince charmant », déception récurrente, représentation d'une sexualité parfaite, illusion du couple sans faille, difficultés à s'adapter à l'autre dans ses différences, recherche du « double », de « l'identique » mais aussi masochisme...) ;
- la capacité de « souplesse psychique », de l'attitude plus ou moins teintée de croyances du patient face à son symptôme, et plus globalement la capacité de donner du sens, de s'intérioriser, de s'interroger aussi... ;
- les identifications, les projections qui peuvent apparaître très vite dans les premiers contacts et seront à reprendre plus tard ;
- la capacité d'évocation des souvenirs et d'élaboration ;
- le mode de fonctionnement mental : fantasmatique sexuelle émergente ou non, rêves nocturnes, capacité de rêverie diurne... ;
- les liens entre le conscient et l'inconscient et notamment la charge du Surmoi dans la problématique sexuelle (culpabilité, auto-accusation, sentiment de bien et de mal, de saleté, de dégoût...) ;
- la relation entre « le dire » et « l'agir »... « On distinguera l'agir de décharge (destiné à éviter le temps du désir et ses représentations) de "l'agir" en tant que prélude à l'élaboration verbale » (Bergeret, 2012) ;

- la nature de la relation, le transfert qui s'installe avec le praticien, ce que Eva Marie Golder (1996) nomme le « nouage du transfert », se structure dans le premier entretien suivant cinq étapes : « Le temps de "l'instantané de la saisie", rapide et éphémère ; le temps des élaborations imaginaires ; le temps du repérage mutuel, le "moment sensible" comme début du nouage du transfert, et le temps de l'accusé de réception, le transfert lui-même. » Ceci peut être un bon modèle pour les praticiens non habitués à prendre en compte cette dimension dans leur travail.

Ce premier temps de l'entretien clinique en sexologie est donc variable et très différent suivant les antécédents du patient, suivant sa personnalité aussi. Par exemple, un patient qui vient pour une demande précise (résoudre enfin son symptôme sexuel) après une dizaine d'années de psychanalyse n'abordera pas la chose comme celui qui n'a jamais consulté et vient en première intention. Ces pistes vont permettre au praticien sexologue de situer le symptôme sexuel sur ses différents plans : psychologique (la place et la valeur de la sexualité dans l'histoire globale du patient), comportemental, somatique, relationnel...

◆ Temps 2 de l'entretien : les incontournables de « l'évaluation »

Mot à la mode, l'évaluation implique l'idée d'apprécier la valeur de quelque chose, de mettre en œuvre une technique d'estimation et donc sous-entend une dimension quantitative, voire mathématique. On pèse, on sous-pèse même, de façon rigoureuse, sur des bases méthodologiques préalablement établies.

Tous ces plans objectifs se tissent à partir d'un sujet singulier dans la subjectivité de la relation sur un axe spatio-temporel, nous sommes en plein paradoxe ! La deuxième partie de l'entretien sera plus orientée par le praticien sous forme de questions, par un recueil des réponses qui doivent rester respectueuses et non intrusives, permettant l'anamnèse, au travers de ces « incontournables » de l'évaluation sexologique, et ce, quel que soit le praticien :

- les quelques questions d'usage et surtout la façon dont elles seront posées, âge, situation personnelle (en couple, célibataire), profession, permettent une première accroche à la relation sous des dehors d'information ;
- le plan de l'histoire de vie du patient dans son ensemble, avec ses grandes étapes et dans les événements importants pour lui. Les relations aux parents, au couple parental, à la fratrie (place et rôle, type de relation actuelle...), aux conjoints, aux enfants... ;
- dans cette histoire de vie, le plan du symptôme sexuel, l'histoire de la dysfonction, dans sa description actuelle, dans ses conséquences vécues pour la sexualité individuelle et du couple, les traumatismes, les abus sexuels... ;

- le plan biologique et physiologique : les pathologies organiques, l'état de santé, les facteurs de risque, les données de l'examen physique déjà explorées ou à explorer pour rechercher une éventuelle cause organique ;
- le plan de la sexualité dans sa fonctionnalité, hier dans sa dimension de construction et aujourd'hui dans son vécu : la prégenitalité (oralité et analité), l'adolescence et les transformations corporelles, la phase œdipienne, les premiers émois sexuels, la première expérience, celles qui ont suivi, l'évolution de la sexualité au fil du temps suivant les partenaires et les circonstances, la place du désir, du plaisir, de l'excitation, de l'orgasme, de l'imaginaire érotique, des émotions, des sentiments amoureux, de l'auto-érotisme, de l'orientation et des éventuels troubles de l'identité sexuelle. Les éléments importants de construction ou de destruction (traumatismes, abus...) ou les temps forts de la vie sexuelle tels que le patient les envisage ;
- le plan de l'imaginaire érotique, fantasmes, rêves diurnes ou nocturnes ;
- le plan du couple et de la famille (place des enfants), son histoire, sa dynamique... ;
- le plan iatrogène par les traitements en cours ou pris précédemment ;
- le plan environnemental, les rapports sociaux et professionnels ;
- tout ceci s'inscrivant sur le plan psychodynamique à travers le caractère, la structure, les pathologies psychiatriques éventuelles, soit pour clarifier une ou plusieurs origines purement psychogènes, soit pour éclairer la nature ou les conséquences psychogènes ou accompagnatrices d'un trouble organique de la sexualité...

Ces différents plans se tissant de façon parfois très complexe, le travail du psychologue sexologue va être avec finesse de démêler avec le patient l'écheveau du symptôme, et plus encore que d'être dans une recherche des causes à effet, de trouver des fils conducteurs de sens qui vont permettre le diagnostic d'une part à partir de la construction de la sexualité, notamment les points d'arrêt de son évolution et la prise en compte de la maturité sexuelle et érotique (Mignot, 2004), et d'autre part à partir du vécu actuel, ceci pour permettre la mise en place d'une thérapeutique adaptée. Catherine Cabanis (2007) distingue deux axes à l'évaluation sexoclinique impliquant le symptôme et sa description d'une part, la recherche de la cause organique ou psychique d'autre part : un axe horizontal (analyse de la vie sexuelle) et un axe vertical (le développement psychosexuel dans son ensemble).

Poser le cadre sera une des pièces maîtresses du premier entretien. Le coût, le temps, les règles de fonctionnement (temps de séance, espacement des rendez-vous...), les axes qui vont être abordés, les techniques proposées vont constituer ce cadre thérapeutique à partir de la demande du patient.

Évaluer pour diagnostiquer ?

L'analyse de cette demande du patient, l'évaluation fine qui va mener à cette étape du diagnostic est essentielle en sexologie comme en médecine. Il s'agit d'ailleurs de diagnostics « complexes » le plus souvent, en raison des aspects multifactoriels des racines du symptôme sexuel. Issu du modèle médical qui s'appuie d'abord sur des faits, le diagnostic « différentiel » (modèle proposé par Emil Kraepelin), base des classifications a-théoriques comme le DSM-IV, met l'accent sur les différences, étudie les causes possibles et procède par élimination. Une méthode qui certes permet d'évacuer les approximations, mais qui « assèche » considérablement toute la médecine actuelle de son humanité.

L'observation clinique, aujourd'hui souvent considérée comme préliminaire, voire inutile ou encore trop subjective, sert au médecin à poser ses hypothèses qui devront être validées scientifiquement. Le psychologue sexologue, par l'importance qu'il va apporter à l'observation et à l'écoute ainsi qu'à la relation, va enrichir ce diagnostic certes nécessaire mais souvent oublieux de dimensions humaines incontournables.

La réhabilitation de l'observation clinique et le travail que doivent faire les sexologues sur leur qualité d'écoute et sur leurs contre-attitudes restent primordiaux pour une bonne prise en charge du patient dans sa souffrance sexuelle. Ceci pour ne pas tomber dans une sexologie mécaniste, réductrice et entièrement tournée vers la disparition du symptôme quel qu'en soit le prix. Si l'évaluation cadrée et « scientifique », construite sur l'idée de « la preuve », est clarifiante voire indispensable dans sa démarche méthodique, elle doit s'intégrer dans la qualité de l'échange vivant et éclairé entre le sexologue et son patient.

Alors oui, « évaluer pour diagnostiquer » en sexologie, mais l'autre étape décisive, le choix thérapeutique, n'aura de réelle efficacité qu'à cette condition !

BIBLIOGRAPHIE

BERGERET, *Psychologie pathologique*, (2012), Issy les Moulineaux, Elsevier Masson.

BÉNONY, H. et Chahraoui, K., (1999), *L'entretien clinique*, Paris, Dunod.

CABANIS C. (2007), Analyse clinique des dysfonctions sexuelles féminines, in *Manuel de sexologie*, Issy les moulineaux, Masson.

CHABERT C., VERDON B. (2008), *Psychologie pathologique*, Paris, Puf.

CHILAND C. (1983), *L'entretien clinique*, Paris, Puf.

LOPÈS, P. POUDAT P.X. (2007), *Manuel de sexologie*, Issy les moulineaux, Masson.

GROSSEN M. et SALAZAR ORVIG A. (2006), *L'entretien clinique en pratique*, Paris, Belin

GOLDER Eva-Marie, (1996), *Au seuil du premier entretien*, coll. Rivages, Paris, Seuil.

GILLIÉRON E. (1994), *Le premier entretien en psychothérapie*, Paris, Dunod

ÉTAYER LA PRISE EN CHARGE EN PSYCHOSEXOLOGIE

18. Les premiers entretiens du psychologue sexologue



MIGNOT J. (2004), *Maturité sexuelle et érotique*, Dictionnaire de la sexualité humaine, sous la direction de Philippe Brenot, Paris, l'Esprit du temps.

SZATLRYD, J.-M. (2004), *Maturation sexuelle*, Dictionnaire de la sexualité humaine, sous la direction de Philippe Brenot, Paris, l'Esprit du temps.

19

OBSERVER, ÉCOUTER... INTERPRÉTER ?

SUR QUOI VA donc se baser l'observation clinique du sexologue ? Sur un plan général, R.C. Kohn et P. Nègre (1991) déclinent l'observation comme étant à la fois une démarche de connaissance, un type d'action, et un recueil de données.

« L'observation suppose d'aller vers le réel, pour découvrir une nouveauté au-delà de ce qui se présente sous l'apparence du déjà connu. Observer suppose une position nouvelle, en rupture avec ce à qui jusque-là orienté le regard. » (Ciccone, 1998)

Inspirée de ses aînées que sont l'observation en éthologie, l'observation systémique en tant qu'observation directe ainsi que l'observation des interactions mère/bébé et du nourrisson, l'observation clinique en sexologie comporte des caractéristiques particulières en ce qu'elle implique un lien spécifique à l'intime du patient tant au niveau psychique que corporel. La position de « l'observateur clinique » fait entrer le praticien sexologue dans le monde de l'autre sur un mode soit objectivant (comme dans les approches expérimentales qui cherchent la reproductibilité et l'extensibilité, les études scientifiques sont en cela le modèle privilégié), soit sur un mode implicatif établissant un compromis entre implication personnelle et quête de sens. C'est ce deuxième modèle, dans la présence, l'écoute « ample » et l'attention directe au patient, que nous privilégions ici.

L'observation clinique psychodynamique en sexologie

L'attention à l'autre, la capacité à être avec l'autre tout en étant en soi-même, définit l'attention clinique. Cette attention distanciée est la base de l'observation, qui ne se réduit pas à une position de « voyeur » mais suppose aussi une capacité tout à la fois de collecter les informations, de les classer et de les analyser. L'observation pose évidemment la question délicate de l'interprétation et du piège dans lequel tombent nombre de débutants sexologues : interpréter trop rapidement sans tenir compte véritablement du patient.

L'observation clinique psychodynamique bien menée est donc garante d'une prudence face aux interprétations sauvages et c'est en cela qu'elle doit être détaillée suivant différents pôles :

- **observation de la dimension psychique subjective en lien avec la sexualité** : il s'agit du monde interne du sujet, ce que Freud appelait la « réalité psychique » à la fois consciente et inconsciente, constituée de désirs, de fantasmes, d'émotions et d'affects mais aussi de perceptions, de représentations et d'objets internes. Au cœur de cette réalité, la subjectivité repose sur l'activité de représentation - le réel représenté « au-dedans » -, sur le sens que prennent, pour le sujet, ses expériences, sur la symbolisation, « la rencontre avec le monde et avec lui-même » (Ciccone, 1998, p. 59). L'appropriation de l'expérience est particulièrement sensible en sexologie puisque c'est cette transformation plus ou moins heureuse, plus ou moins en faillite, qui va faire place au symptôme ;
- **observation du symptôme sexuel** : si l'objet de la psychologie est le sens du symptôme, en sexologie son observation va demander un recueil précis des signes plus ou moins pathologiques. Cette position du praticien va nécessiter un effort de non-interprétation dans un premier temps, afin de saisir la complexité du symptôme sexuel sans projections ni induction de sens et dans le but de clarifier à la fois l'expression du symptôme sexuel et la façon de le penser du patient ;
- **observation des messages verbaux** : le langage verbal, et donc le dialogue, est le média privilégié à la fois dans sa dimension consciente (manifeste) et dans son aspect préconscient ou inconscient (latent). Teneur du vocabulaire, lapsus, dénégations, associations et dissociations langagières, façon dont les énoncés sont agencés, les pensées articulées, attention portée à la façon dont le patient passe d'une idée à l'autre demande cette « amplitude de l'écoute » chère à Catherine Chabert. Écouter la plainte sexuelle demande d'« ouvrir ses oreilles » dans une attention à l'autre tout en continuant de penser. Les travaux de D. Widlöcher et M. C. Hardy (1990, p. 175-183) éclairent la façon dont se structure la communication suivant trois modes : la communication informative qui fait partager une connaissance, la

communication interactive qui demande une réponse ou essaie de provoquer celle-ci, la « métacommunication » qui cherche à extraire l'intention derrière l'énoncé.

Ces trois niveaux se retrouvent dans la consultation de sexologie. Le patient et le thérapeute communiquent sur le mode informatif et interactif souvent dans le même temps de l'entretien :

« Je souffre d'un trouble du désir depuis toujours et j'aimerais savoir pourquoi... Pouvez-vous me dire comment faire ? »

Derrière cette demande qui semble légitime, le psychologue sexologue pourra lire : trouble du désir primaire mais aussi recherche du patient orientée vers la cause du problème et donc de son histoire. En même temps, la demande de réponse liée à une action immédiate et résolutive met le praticien en injonction de réponse, de « toute-puissance » et d'impuissance et de paradoxe. La « métacommunication », c'est à la fois la façon dont le praticien entendra cette demande, repérera le système interne du patient, sa façon de le ressentir et donc d'y répondre. Ce que dit également le patient de son vécu corporel, dans sa sensorialité, dans sa sensualité et dans sa sexualité, en distinguant les trois pôles dans leurs aspects personnels et relationnels, donnera des pistes sur les racines de la difficulté et surtout sur les étapes plus ou moins bien franchies dans la construction de la sexualité :

- **observation des messages non verbaux ou paraverbaux** du langage, de leurs interactions, éventuellement des productions (rêves, dessins, métaphores...). Le « dire » mais aussi « la manière de dire », par exemple les indices prosodiques, le ton, la voix, doivent attirer l'attention du praticien et lui donner des indications. Ce qu'exprime également le patient de son vécu corporel, dans sa sensorialité, dans sa sensualité et dans sa sexualité sera à retenir ;
- **observation du corps et des attitudes** : la façon de se mouvoir dans l'espace, d'habiter son corps, de s'asseoir, de marcher, de poser une distance entre l'autre et soi (Edward T. Hall, 1966), renseigne sur la manière que peut avoir le patient à entrer en contact avec le monde, avec la vie émotionnelle et/ou affective et bien sûr sexuelle. Les états toniques du corps, les tensions, les retenues ou les expansions sont également autant d'indices en cohérence ou non avec ce qui se « parle » ;
- **observation des associations et des articulations cognitives, corporelles et langagières** : l'agencement entre les différents pôles, la chaîne qu'ils constituent, la façon dont le patient passe d'une représentation, d'une évocation à une autre, la fonction de l'oubli, de la réminiscence (repenser à la séance et à son contenu), mettre en place des stratégies nouvelles entre deux séances ou la position de bon élève demandant un thème de réflexion, un exercice (même si en sexologie leur proposition comportementale est courante), une consigne « pour la prochaine

fois », sont révélateurs à la fois de la façon d'envisager la difficulté mais aussi la thérapie possible. Les associations spontanées permettent de se rendre compte des éléments inconscients ou préconscients que travaille le sujet, ce qui est implicite et métaphorique dans la situation sexuelle et/ou affective en cause ;

- **observation des interactions**, qui introduit la dimension systémique et va s'intéresser à la communication manifeste mais aussi paradoxale du patient;
- **observation du transfert** : c'est très souvent à ce niveau que les différences entre les sexologues sont les plus marquées car nombre d'entre eux, quelle que soit leur profession de base, ignorent ou repoussent cette dimension non mesurable et non reproductible ! Observer le transfert d'un patient en sexologie, c'est le considérer comme un outil complémentaire, en activant la prise de conscience des objets du transfert :
 - sur le cadre (par exemple mise à l'épreuve du cadre de la consultation, retards, frapper à la porte du cabinet alors qu'une consultation est en route avec quelqu'un d'autre...) ;
 - sur des objets partiels (le thérapeute vécu dans un rôle exclusif, bonne mère, père autoritaire...) ;
 - sur l'objet total (sentiments amoureux, désir sexuel du patient sur le thérapeute...).

L'objet transféré est parfois difficile à repérer et donne une « couleur particulière » à la relation (figure parentale ou autre, angoisses, conflits, émotions, contenu adressé au thérapeute, un rêve par exemple). « Il est important d'entendre les demandes adressées ainsi dans le transfert, et de ne pas immédiatement les situer dans le passé, afin de soulager les angoisses actuelles (même si elles répètent des angoisses passées, que fait vivre la situation thérapeutique ») (Ciccone, 1998).

La question de la répétition des comportements affectifs et sexuels menant à des situations d'impasse ne peut véritablement s'éclairer que par une bonne observation du transfert par le praticien, chose qui échapperait, ou qu'il se contenterait de constater sans cette façon de procéder. Nous pouvons dire aussi que l'observation du transfert ouvre la porte au processus thérapeutique dès le premier entretien, ce qui lui donne toute sa valeur dans l'ensemble de la prise en charge bien au-delà du recueil des informations. Cette observation doit se travailler dans l'après coup soit en supervision individuelle soit dans un groupe ;

- **observation du contre-transfert** : miroir du transfert, cette notion que Freud a introduit en 1910 dans « Perspective d'avenir de la thérapie analytique », a bien sûr toute sa place en sexologie de par la sensibilité du domaine. Reconnaître son contre-transfert pour le praticien, c'est prendre une position d'humilité, une distance face à son « supposé savoir » et accepter de se mettre en question dans la relation

thérapeutique. C'est aussi donner sa place, dans un processus de rationalisation, à l'inconscient « chacun possède en son propre inconscient un instrument avec lequel il eut interpréter les expressions de l'inconscient chez les autres » (Freud, 1913).

Conflits intérieurs, angoisses, sentiments contradictoires, sentiment de patauger, colère, fatigue, tensions, émergent dans toute relation thérapeutique, même celle qui semble la plus apparemment simple (la prescription d'un médicament par exemple).

Repérer ces émotions, pour le sexologue, nécessite certes, une prise de distance vis-à-vis des connaissances « scientifiques » indispensables à l'évaluation, mais lui permet aussi d'accéder à des couches de compréhension inatteignables par la rationalisation, les protocoles et l'approche uniquement comportementale. C'est un choix aussi, choix qui nécessite un effort supplémentaire de travail et d'interrogation sur sa pratique. C'est aussi une façon de se rapprocher au plus près d'une éthique, si malmenée par des sexologues peu scrupuleux.

Cette auto-observation est source de découverte, de surprises, mais elle est aussi, autant que faire se peut, garante d'une réflexion sur les limites que chaque praticien sexologue doit connaître et mettre en œuvre. Encore une fois, combien de fois nos patients nous racontent une partie de notre histoire affective et sexuelle sans s'en rendre compte ?

Interpréter quoi en sexologie ?

En avançant pas à pas, nous constatons que le recueil des données objectives dans les premiers entretiens, croisés avec une observation bien menée, s'inscrivent, pour le psychologue sexologue, sur un fond de « sens potentiel en action », c'est-à-dire non pas seulement impliquant la compréhension « intellectuelle » du cas mais aussi sa dynamique relationnelle et inconsciente.

Le piège dans lequel tombent beaucoup d'apprentis sexologues est celui de l'interprétation rapide, sans prendre garde aux mouvements de projection, d'identifications projectives à l'œuvre et source de confusion voire d'échec. Le glissement est toujours menaçant vers l'interprétation « sauvage » et, en cela aussi, la méthode psychodynamique d'inspiration psychanalytique, dans ce qu'elle apporte de prudence et de réflexion sur la pratique, est irremplaçable !

L'interprétation du praticien sexologue doit donc être très « parcimonieuse », l'accueil de l'interprétation faite par le patient lui-même devant être entendue, accueillie, travaillée éventuellement. La confusion entre causes et interprétation est fréquente. L'interprétation (« si je souffre dans mes rapports sexuels c'est la faute de

ÉTAYER LA PRISE EN CHARGE EN PSYCHOSEXOLOGIE

19. Observer, écouter... interpréter ?

ma mère, de mon père... ») est toujours une métaphore et la distance avec la réalité doit être mesurée.

Repérage des données objectives sur le sujet et sa sexualité, observation fine et écoute attentive, dynamique relationnelle consciente et inconsciente sont le socle des premiers entretiens, à effet déjà thérapeutiques, dans une perspective diagnostique et de choix éclairés et justifiés de thérapie.

BIBLIOGRAPHIE

CICCONE A., (1998), *L'observation clinique*, Paris, Dunod.

HALL EDWARD T., (1966), *la dimension cachée*, Paris, Seuil.

HALL EDWARD T., (1971), *Le langage silencieux*, Paris Seuil.

WIDLÖCHER D., Hardy M.-C. (1990), L'entretien psychanalytique, *Psychologie Française*, 35, 3.

20

RECEVOIR LA PLAINTES SEXUELLE

*« Il suffit de peler l'oignon du malheur
pour que ses peaux successives retirées laissent,
à la fin, entrevoir le cœur. »
François ROUSTANG*

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

RECEVOIR LA PLAINTES sexuelle dans l'approche psychodynamique va procéder de la fusion de deux approches, l'une issue des thérapies à orientation stratégique (distinguer demande, plainte et attente), l'autre plus psychanalytique dans la conduite de l'anamnèse. Sans s'opposer et se complétant, structuration et association auront donc chacune leur place dans l'entretien.

Distinguer demande, plainte et attentes du patient _____

Les demandes se font aujourd'hui de plus en plus nombreuses en matière de sexologie et de thérapie de couple. L'expression de cette demande peut prendre plusieurs visages, teintée souvent de plainte (douleur morale et/ou physique) et portée par les attentes du patient. Distinguer ces trois registres permet de clarifier la nature

ÉTAYER LA PRISE EN CHARGE EN PSYCHOSEXOLOGIE

de la démarche, ses objectifs à court et à long terme ainsi que les perspectives de mieux-être sexuel, voire de guérison.

Nous l'avons vu, la demande en sexologie est souvent directe, symptomatique, plus ou moins élaborée par des consultations antérieures, des recherches sur internet ou encore des tentatives de solutions mises en œuvre dans la fonctionnalité sexuelle.

Des demandes... en vrac...

Elles...

« Je n'ai plus envie de faire l'amour et je ne sais pas comment faire... », « J'ai des douleurs à la pénétration ! », « Je ne suis pas épanouie, je n'ai pas une libido développée », « Je n'ai pas de lâcher-prise de ce côté-là », « Depuis que j'ai appris que mon ami avait trompé sa femme lors de sa première union, j'ai déclenché des mycoses, des douleurs, des démangeaisons », « J'ai zéro désir, zéro libido... », « Je n'ai jamais eu d'orgasme, je suis trop cérébrale... », « Lors de mon accouchement, j'ai eu un "périnée complet compliqué" avec des séquelles anales et des fuites », « J'ai mal lors des rapports », « Tout va bien, on a eu un bébé l'an dernier... Ce n'est pas facile d'en parler... on n'a plus de rapports... », « J'ai un vaginisme depuis un an et demi... », « J'attends un miracle, mais je sais que cela ne marche pas comme cela... », « J'ai un profond dégoût de la sexualité.. », « Je n'ai plus d'appétit sexuel », « J'ai fait des recherches sur internet et je suis rassurée car je ne suis pas la seule... », « Je suis embêtée car je n'ai pas d'expérience », « Je ne sais pas par où commencer, j'ai perdu l'envie de faire plein de choses et je me limite à une routine », « Je ne demande jamais... », « Il me dit que je n'ai pas d'orgasme », « J'ai eu une enfance cabossée », « Ma sexualité est mal en point », « Je ne suis pas une adepte de "ça" », « Je mouille trop et cela me gêne... », « Je suis sèche tout le temps ... », « Je n'ai du désir que quand je veux un enfant... », « Les préliminaires m'ennuient », « Chaque fois que j'ai un rapport j'ai une infection urinaire », « Je ne supporte pas la fellation... », « J'ai un blocage... », « Je suis épuisée et il ne le comprend pas... »...

Eux...

« J'ai des petites pannes avec ma femme », « L'exercice est compliqué... j'ai une perte complète de libido et de désir », « Je n'ai pas envie de lui sauter dessus, je n'ai pas de pulsions sexuelles envers elle », « Je ne ressens rien et c'est nouveau... », « Je viens car j'ai une éjaculation précoce », « J'ai été opéré d'un cancer de la prostate et du rectum et je n'ai plus d'érection », « J'ai coupé la connexion entre mon cerveau et mon pénis », « J'ai pris un médicament pour aider à l'érection et je voudrais m'en passer », « Je botte en touche », « Je ne contrôle rien... », « Ma femme connaît une panne de désir et je ne sais pas comment faire... », « J'ai toujours eu un problème avec le sexe opposé bien que je ne sois pas attiré par l'homosexualité », « J'ai subi un inceste maternel... je souffre d'anéjaculation... », « On aurait dû être deux, on tourne en rond, j'ai une baisse de désir par rapport à elle... », « Je me sens brisé de l'intérieur, je veux retrouver le chemin de ma sexualité, j'ai peur de me sentir trop attaché... », « J'ai un manque de confiance, je n'arrive à avoir une érection la première fois... », « Je l'aime passionnément, j'ai peur de perdre mon érection, l'angoisse m'envahit... », « J'ai quelques difficultés au niveau du lit, pas de jouissance à

chaque fois... », « C'est pas l'extase totale dans mon couple », « J'ai le sentiment de pas habiter mon corps mais je donne le change... », « J'ai besoin de mon outil, je me sens boqué, j'ai essayé en vain un médicament pour bander... », « J'ai un problème de reconnaissance, je suis la femme de la maison... », « Ça vient ou ça vient pas... »...

◆ La demande en sexologie : « une poupée russe »

Analyser la demande va donc être le premier travail du psychologue sexologue. L'originalité de son approche s'instaure dans la dynamique du symptôme explicite, qui ne sera qu'une partie de l'analyse de la problématique. En effet, une première demande peut évoluer vers une autre, plus cachée, plus secrète, non évidente, et les ou les premiers entretiens vont permettre soit d'élaborer la demande, soit de s'en dégager, soit encore d'en faire émerger une autre plus profonde ou plus juste pour le patient. En ce sens, les premiers mots prononcés par le patient sont souvent des indicateurs précieux tant au niveau des défenses mises en œuvre que des impacts émotionnels de la difficulté sexuelle. Il y aura souvent un premier plan de la demande suivi d'un deuxième voire un troisième.

Cinq étapes pour l'analyse de la demande de prise en charge pour dysfonction sexuelle :

- « Qu'est-ce qui vous amène ? », question introductive qui annonce la mise en écoute attentive du praticien dans la singularité du patient. Les premières phrases prononcées par le patient permettront ainsi de percevoir ce qui le pousse à consulter (ses motivations conscientes) mais aussi ce qu'il veut inconsciemment, sur ce qu'il veut « faire croire » ou « faire penser » au thérapeute. Le mode de venue, adressé ou non par un tiers (professionnel ou familial), le contexte factuel et émotionnel de la demande : « Il y a déjà quelques mois que j'ai votre adresse »... ou « C'est ma femme qui m'envoie ! », ou encore, « Parler ne sert à rien », ou encore « J'ai eu une panne ce week-end et je m'inquiète », la nature du choix de consulter (contraint par peur de la perte de l'autre, conseillé, ou choix délibéré et personnel (le conjoint est-il au courant ?)...), autant d'indices qui vont orienter l'analyse de la demande à situer sur le plan individuel et/ou dans le couple.
- Écouter, observer (voir chapitre précédent), accueillir la demande « brute », manifeste, et en première analyse la « teneur de la demande » : résolution rapide voire magique de la problématique sexuelle, demande de recettes, ou au contraire prise en compte par le patient des multiples facettes du symptôme, teneur émotionnelle et défensive, conséquences personnelles et relationnelles dans l'ici et maintenant mais aussi telles que le patient les voit dans l'avenir. Préciser les

motifs actuels de la consultation en termes de symptômes, de conflits, de crise ou d'impasse mais aussi de désir d'évolution, est impératif.

- Vient le temps du recueil des données tout en laissant la relation s'installer : élargir les éléments anamnestiques (nous y reviendrons) pour construire des hypothèses, permettre le cheminement vers une demande plus élaborée et exprimée par le patient. L'aide respectueuse et attentive du thérapeute est alors précieuse dans cette recherche de formulation.
- Demander au patient de reformuler clairement sa demande sera un des points forts de la thérapie sexologique qui suivra...

La relation thérapeute/patient transforme la demande sexologique qui est donc elle-même dans une dynamique :

« Entendre la demande est alors le moyen de commencer une relation qui ne saurait la laisser intacte. Car l'entendre, c'est laisser résonner de multiples façons les divers paramètres qui constituent celui qui la formule, c'est donc soupçonner déjà mille choses importantes le concernant et placer cette requête dans un contexte élargi... S'attarder à la demande est indispensable et se trouve donc être déjà une manière de s'engager sur le terrain du désir. » (Roustang, 2000)

◆ La plainte, une coloration de la demande en sexologie

Si la *plainte* ramène à l'expression de la douleur, de la peine, nous la retrouvons sous différentes formes au travers des demandes pour dysfonctions sexuelles, que ce soit sous la forme de douleur morale ou de douleur physique. L'erreur serait de réduire la demande à celle-ci car souvent derrière la plainte, qui touche à l'intime, se cache un réel désir de changement plus global que le symptôme sexuel direct. La plainte peut aussi avoir divers objets et notamment le partenaire ou la relation conjugale. En cela, il convient absolument de la différencier de la demande qui doit concerner, en premier lieu, soit le patient lui-même, soit sa relation de couple, soit encore lui dans la relation. Enfin, la plainte sexuelle, à travers la personnalité du patient, s'exprimera par la nature de la relation d'aide recherchée (relation de type masochique, personnalité narcissique qui exclut l'autre, syndrome abandonnique, confiance extrême ou au contraire doute ou méfiance, contrôle, pression interne, angoisse, « Vous êtes ma dernière chance »...) et celle qui s'instaure en lien avec les contre-attitudes du thérapeute à la plainte.

◆ Les attentes... l'attente

Au pluriel, celles-ci sont assez facilement repérables, plus rationnelles aussi :

« Je veux être plus performant sexuellement », « Je souhaite être normale », « Je veux avoir des orgasmes comme toutes les femmes », « Je veux ressentir du plaisir », « Je souhaite être moins rapide ».

L'écart entre la plainte (« Je suis angoissée et j'ai mal à chaque rapport sexuel ») qui va demander une évaluation sur tous les plans, biologique, psychologique et fonctionnelle, et les attentes (« Je voudrais être une femme épanouie sexuellement, pouvoir jouir... » est souvent très large et c'est dans cet écart que va se situer la prise en charge dans la relation. Le sens des attentes aura donc à être clairement défini, car elles peuvent être soit irréalisables, soit complètement décalées d'avec le réel et donc très liées à la fantasmagorie du sujet.

La question de la perfection, de l'idéalisation (recherche du partenaire parfait, d'une sexualité sans faille...) émaille les attentes en matière de sexualité mais aussi de relation affective. Ces attentes, incluses dans la démarche, dans la demande elle-même, sont également liées aux motivations qui poussent le patient vis-à-vis de sa vie sexuelle et/ou affective, c'est-à-dire l'ensemble des facteurs dynamiques internes qui orientent son action vers un but donné, qui déterminent sa conduite sexuelle et provoquent chez lui un comportement donné ou modifient le schéma de son comportement présent.

Au singulier, l'attente, « instant de vide qui réserve aussi une place à des forces jusque-là enfouies » (Roustang, 2000), plus profonde, plus obscure, ne se révélera parfois que dans un deuxième temps (demande d'autorisation, se dégager d'une emprise qui interdit de façon inconsciente pour le patient tout accès au plaisir, désir de rupture...) et, à travers la faculté de changement, réorientera le choix thérapeutique. Freud distinguait l'« attente anxieuse », teintée de crainte soit de l'échec, soit paradoxalement de la réussite, de l'« attente croyante », force agissante avec laquelle nous devons compter, en toute rigueur, dans toutes nos tentatives de traitements de guérison¹.

Faire formuler clairement demande, plainte et attente(s) par le patient consultant pour une dysfonction sexuelle, est donc essentiel pour initier une prise en charge cohérente en sexologie. Ce n'est qu'à partir de cette formulation que pourra s'envisager l'anamnèse, c'est-à-dire à partir du vécu présent du patient.

Mener l'anamnèse psychosexuelle _____

C'est « le » grand moment de l'évaluation. Si le mot « anamnèse » renvoie en premier lieu à une signification liturgique (prière qui dans la messe suit la consécration

1. 1890, Traitement psychique, ou de l'âme.

et rappelle le souvenir de la Rédemption), il s'agit en médecine de reconstruire l'histoire du malade en lien avec sa pathologie. La psychanalyse y a introduit les aspects non directifs de la libre association.

Les bases de l'anamnèse psychosexuelle sont :

- l'aspect constructiviste de la vie sexuelle incluse dans la vie globale du patient, à la fois dans son expérience, dans son ressenti et dans son degré d'évolution ;
- un retour arrière sur les souvenirs et leur accès à la conscience ;
- enfin la considération que le patient réinvente toujours son passé tout en l'explicitant. Le récit de vie, l'émergence inattendue de souvenirs refoulés, font de toute anamnèse un tracé, certes tourné vers le passé, mais vivant dans sa perspective « en devenir ». Ceci est particulièrement vrai en sexologie puisque de nombreux éléments d'anamnèse peuvent apparaître tardivement, lorsque le processus thérapeutique est enclenché (révélation de traumatismes, secrets, violences...) et que ces émergences à la fois font partie du processus thérapeutique et en modifient le cours. Capacité « d'insight », c'est-à-dire pour le patient capacité à la fois de s'observer, de s'intérioriser et de formuler ce qu'il pense ou ressent, et capacité de créer un lien avec le thérapeute, seront les deux conditions premières à une anamnèse cohérente. Deux modèles peuvent être proposés :

◆ L'anamnèse psychosexuelle méthodique

Elle va reposer sur un certain nombre d'axes relatifs à l'histoire de vie du patient puis à son histoire sexuelle. Les questions seront soit fermées (*âge des parents, lieu et cadre d'habitation...*) soit ouvertes (*de quoi souffrez-vous ?*)... :

- **anamnèse personnelle** : le récit de vie pourra prendre différentes formes de la naissance à aujourd'hui (lieu de naissance, lieu de vie pendant l'enfance, conditions prénatales, première enfance, enfance, prépuberté, adolescence et ses modifications, jeune adulte, âge adulte, études et rapport à l'école, situation sociale, profession et activités diverses...) ;
- **anamnèse familiale** : la relation avec les parents ou les substituts parentaux et la fratrie... ;
- **anamnèse des grands événements de vie**, deuils, grossesses, naissances, pertes, amitiés, vécu des moments charnière, arrivée des règles, ou modification du corps, ménopause, vieillissement... ;
- **anamnèse des systèmes de valeurs** : religion, spiritualité, engagements... ;
- **anamnèse relationnelle intime** : Célibat, périodes de solitude ou encore les différentes phases de couple (styles de couples, divorces...), mode de communication... ;

- **anamnèse de santé** : maladies somatiques et psychiques, troubles chroniques, interventions chirurgicales, prise de médicaments... ;
- **anamnèse psychique** : humeur, sentiments et affects, dépression, dépendance, décompensation, organisation de la pensée, intelligence, capacité de concentration et de perception, dimension émotionnelle, angoisse sous ses différentes formes (existentielle, essentielle, circonstancielle) structure de personnalité, défenses, crises relationnelles ou crises narcissiques, rapport au corps dans ses représentations s'inscrivant dans l'histoire singulière du sujet ;
- **anamnèse sexuelle** : elle va être centrale et devra être menée en lien avec les autres plans : les premiers émois affectifs et sexuels, la première relation et son vécu, l'histoire de la fonction sexuelle seul et dans les relations successives, l'histoire du symptôme, le vécu passé et actuel de la sexualité sur le plan du plaisir dans ses facettes corporelles et fantasmatiques, le vécu du désir et de ses variations, de l'excitation physiologique et subjective, de la sensorialité, de la douleur, de la représentation corporelle, le rôle de l'imaginaire érotique, des comportements, des jeux et des habiletés suivant les partenaires...

L'anamnèse psychique croisée avec l'anamnèse sexuelle fera l'originalité de cette approche intégrant également les autres paramètres.

◆ L'anamnèse psychosexuelle associative

Ce type d'approche donne une place essentielle à la parole du patient plus qu'aux questions du thérapeute. Elle sera plus souple et surtout permettra au patient plus de digressions et d'inventivité. L'observation par le thérapeute de la façon d'associer du patient sur sa propre histoire globale et sexuelle sera aussi un apport clinique supplémentaire qui ne pourrait s'exprimer dans une anamnèse trop rigide.

Néanmoins le sexologue doit garder son cap et s'autoriser à poser les questions précises qui lui seront nécessaires.

Ce maillage « souple mais ferme » permettra au praticien de tisser progressivement une hypothèse générale qui intégrera tous les éléments émergents de l'anamnèse, les éléments d'observation cliniques, les interactions entre le patient et le praticien.

Si comme le dit René Kaës, « il n'y a pas de lien sans alliance inconsciente », la forme consciente de l'alliance doit être énoncée afin de poser le cadre, dès la première consultation en psychosexologie, par :

- le principe de « mise au travail » et de transformation qui va passer par la parole, dans le respect du rythme du patient en favorisant une forme de libre association ;
- le choix des bonnes questions ;

- l'articulation entre le matériel apporté par le patient et la prise en charge thérapeutique, impliquant l'interdit fondamental de tout passage à l'acte sexuel et de réalisation directe des pulsions amoureuses et/ou destructrices.

Un cas clinique et son analyse sexodynamique...

Paul arrive une demi-heure avant l'heure du premier rendez-vous prévu. « C'est un sujet fort délicat, dit-il, je me lance... je suis un très mauvais époux car je n'honore pas ma femme comme il faudrait depuis plus deux ans... ». Ils sont mariés depuis 4 ans.

Paul a déjà consulté un sexologue une fois qui lui a conseillé de lire un livre (dont il ne se souvient pas du titre) et il n'y est jamais retourné. Il dit avoir abandonné par peur d'aborder « la chose » avec sa femme. Il aborde d'emblée la prise de poids de celle-ci depuis la naissance de leur fils de trois ans. Il reconnaît que c'est sa femme qui est toujours venue vers lui que longtemps elle a initié le rapport et qu'elle a fini par se lasser. « Elle m'a laissé carte blanche et je n'ai pas pris la main par peur... ». Paul a eu quelques rapports avant la rencontre avec sa femme, rapports qu'il qualifie de « zéro absolu ». Il aborde alors sa difficulté de l'époque de contrôler son éjaculation. En fait, Paul est resté seul longtemps sans rapports, a pratiqué la masturbation tout au long de son célibat. Il n'a aucun problème d'érection, ni matinales, ni « journalières » dit-il.

Il décrit un milieu professionnel (magasinier) qui n'est pas « idéal » pour lui... Il se défoule dans les jeux vidéos qu'il « adore » dit-il.

Depuis quelque temps, la relation de couple est tendue, ils vivent comme « frère et sœur » et il dit que sa femme est maintenant bloquée. « Dans le fantasme, je peux avoir du désir mais pas pour « Pierre, Paul, Jacques » et je suis fidèle à ma femme... ». À la question, vous sentez-vous vivant sexuellement, il répond sans hésiter « oui » mais il s'auto-accuse et se dévalorise car il pensait pouvoir régler le problème seul. La formulation de sa demande est la suivante « Aidez-moi, aidez-nous pour vivre ma sexualité normalement ». Après lui avoir fixé le cadre de travail et avant de se quitter, il lui a été proposé le choix soit de revenir seul, soit de les voir à deux. Il demande alors : « si nous venons, pourrions nous amener le petit ? »...

Quelques pistes d'analyse psychosexuelle

Paul exprime d'emblée son anxiété qui va se confirmer tout au long de l'entretien. Sa gêne de parler de sexualité, la façon distanciée d'exprimer « la chose », laissent à penser qu'il ne s'est pas vraiment engagé dans sa vie sexuelle de relation. Il est partagé entre le sens du devoir qui évoque un Surmoi puissant que l'on retrouve dans la culpabilité latente et une incapacité à être actif sur le plan sexuel.

Sur le plan de son histoire sexuelle, on peut relever un manque d'expérience, un désir barré par des éléments de peur, une bonne santé sexuelle (érections seules et spontanées RAS qui excluent une problématique organique cachée) mais malgré tout une éjaculation précoce qui n'a pas été traitée et qui est sans doute le socle de son manque de confiance sexuelle.

La vie de couple semble aujourd'hui mise à l'épreuve de cette absence totale de sexualité et se dégrade.

Sur le plan de sa personnalité, Paul semble assez immature mais surtout évoque une faille narcissique qui s'exprime par la dévalorisation, comme s'il n'avait pas eu accès à une sexualité génitale de relation, en tout cas sur le plan hétérosexuel. Ceci pose la question de sa relation aux femmes et de l'acceptation de sa masculinité. Ses mécanismes de défenses sont l'anticipation (angoisse +++), l'annulation rétroactive (illusion de régler le problème seul) marquée par l'ambivalence entre le sentiment d'échec dans sa sexualité et le désir de s'en sortir. Mais c'est surtout la déniégation (*je peux avoir du désir mais pas pour « Pierre Paul Jacques »*) qui peut évoquer une homosexualité refoulée (?). D'ailleurs, sa conviction d'être « vivant sexuellement » confirme la présence d'une libido active mais qui ne peut pas s'exprimer dans le couple avec sa femme. Avoir souligné que sa prise de poids à elle pouvait être un obstacle à son désir à lui, peut s'inscrire dans le processus d'autoconviction masquant un trouble sur son orientation sexuelle.

La teneur de la demande est marquée par une première consultation qu'il a vécue comme un échec (le livre impossible à lire puisqu'il ne l'a pas lu...) et une demande d'aide tournée vers la norme. La plainte est à la limite de la détresse... Les attentes concernent en premier lieu son couple, son attente profonde à lui étant beaucoup plus masquée et à multiple facettes (régler son éjaculation précoce ?, assumer une homosexualité latente ?, grandir ?)

La façon dont il se met « entre les mains » du thérapeute (« je me lance... ») montre qu'il installe une relation de confiance assez régressive, basée sur une alliance thérapeutique à mode enfant/parent. Sa dernière question sur « son petit » peut être lue de différentes façons. Ne serait-ce pas lui, petit garçon dont il parle ?

L'anamnèse devra être menée avec soin, et la façon qu'il choisira de revenir, seul ou à deux, sera elle-même indicatrice de ce qui s'est joué pour lui dans cette première rencontre. Vu la complexité de ce cas, l'axe thérapeutique ne pourra se dégager qu'après quelques entretiens.

BIBLIOGRAPHIE

ROUSTANG F., (2000), *La fin de la plainte*, Paris, Odile Jacob.

GILLIERON E., (1994), *Le premier entretien en psychothérapie*, Paris, Dunod.

KAËS R., (2009), *Les alliances inconscientes*, Paris, Dunod.

21

TROIS ÉTAPES CRUCIALES À EXPLORER : LE BÉBÉ, L'ADOLESCENT ET LE PREMIER RAPPORT SEXUEL

« Très souvent, l'enfant bondit en moi. Il présume de mes forces. Nous sommes tous sujets à des accès d'enfance. Même les plus âgés. Jusqu'au bout, l'enfant revendique son corps. Il ne désarme pas... »

Daniel PENNAC, 61 ans, 7 Mois, 22 jours

LA PRISE EN CHARGE en sexologie s'appuie sur une évaluation précise intégrant le repérage des moments fondamentaux de construction de la sensualité et de la sexualité. Les carences, les traumatismes mais aussi les étayages positifs sont autant d'éléments sur lesquels le thérapeute et le patient vont pouvoir mettre en œuvre le travail d'évolution et de changement.

« Et il est important lorsqu'on écoute un patient formuler l'éprouvé d'une douleur, d'une souffrance ou témoigner de sa façon de s'en défendre, de se demander qui parle : « est-ce l'enfant, le bébé, l'adolescent, l'adulte en lui qui parle ? » (Albert Ciccone, 2012)

La part du bébé

Reprendre ici toute la clinique infantile, l'impact de la vie psychique sur la vie affective et sexuelle de l'adulte, serait une entreprise qui mériterait un ouvrage entier. Des psychanalystes ont ouvert la voie, comme Mélanie Klein et sa filiation, Winnicott et la « préoccupation maternelle primaire », Françoise Dolto, Serge Lebovici et plus près de nous des cliniciens spécialisés comme Albert Ciccone ou Sylvain Missonnier. Les théories de l'attachement à travers les travaux de Bowlby et le *caregiver* ont évidemment apporté de nombreux éclairages, en particulier autour des schèmes, du sentiment de sécurité et de la nature des liens affectifs en construction, sur l'importance des interactions mère/bébé et de l'environnement.

Les travaux de Bernard Golse ont largement décrit le psychisme du bébé en construction et ont notamment théorisé sur la pulsion d'attachement :

« Parler de pulsion d'attachement nous permet de maintenir le registre du sexuel dans le champ de l'attachement et de considérer l'attachement humain comme un mécanisme plus complexe qu'un simple instinct sélectionné par l'évolution. » (Golse 2004)

Les conséquences sur la sexualité de cette construction dans ces différents aspects sont plus difficilement abordées. Les études sont rares et là encore c'est l'approche clinique, mais aussi le fruit d'un intense travail théorique dont les caractéristiques sont construites à partir de l'expérience et mises à l'épreuve de faits, ainsi que l'écoute patiente et fine des patients, qui peuvent nous éclairer.

C'est pourquoi quelques axes spécifiques à explorer en consultation de sexologie ont été choisis.

◆ Enfant imaginaire, désir d'enfant

La façon dont le couple parental « imagine » ou « hallucine » l'enfant à venir a toute son importance pour son évolution future. C'est une banalité de dire qu'un enfant désiré n'aura pas les mêmes liens avec ses parents qu'un enfant non désiré. Ceci ne présagera pas de l'amour que ceux-ci lui porteront, bien heureusement, mais nous constatons qu'en consultation de sexologie, les patients adultes portent en eux toute leur vie ce désir ou ce non-désir de leurs parents (« J'étais un accident... »). Ceci ajouté à leur place dans la fratrie et aux désirs concernant le sexe réel ou fantasmé (« Je sais que mon père voulait un garçon, il était déçu quand je suis née ») construit un socle toujours singulier pour la construction de la sexualité. Être un complément « phallique et/ou narcissique » ne donne pas les mêmes effets sur l'enfant qu'être considéré comme un sujet à part entière face à un couple parental aux liens matures où

chacun a sa place sans fonctionner en miroir. La « qualité du désir d'enfant » de l'un et de l'autre, et du couple, mêlée à la façon dont l'enfant est fantasmé avant même son arrivée au monde en tant qu'être humain, peuvent avoir des conséquences sur des plans psychologiques mais aussi psychosexuel et donc peuvent prendre sens dans la sexualité adulte. Ce que diront les patients de cette période d'avant leur conception, construite, il faut le souligner, de façon imaginaire ou sur des dires des parents ou de l'entourage, sera toujours riche d'enseignement.

◆ La grossesse et la naissance

Les événements vécus pendant la grossesse de la mère et les circonstances de l'accouchement, et donc de la naissance, auront également toute leur importance. Les craintes des parents, les questions qui jalonnent les différentes phases (au premier trimestre « Vais-je le garder ? », au deuxième, « Comment va-t-il être ? », au troisième « Vais-je tenir jusqu'à la fin » ?), la perspective de l'accouchement avec son cortège d'angoisses, la place du père (celle qu'il prend et celle qui lui est laissée), les difficultés de santé physiques et psychiques de la mère, les événements de vie (deuils, séparations...) et les traumatismes, sont autant de jalons qui auront aussi du sens. Arrive alors l'enfant réel. La naissance elle-même et tout ce qui l'accompagne, à ne pas confondre, comme le souligne Jean-Marie Delassus, avec l'accouchement, laisse des traces corporelles et relationnelles qui peuvent avoir un impact sur la sexualité future du sujet.

En exemple, cette patiente qui consultait pour une stérilité sans causes organiques avérées et qui disait « mon accouchement » en parlant de sa propre naissance !

Le « protoregard » tel que défini par Marc Pilliot, regard fondateur et « parentalisant », est parfois aussi réparateur pour la maman :

« L'émotion sera marquée à vie et facilitera l'attachement au monde des retrouvailles » (Pilliot, 2005).

La réponse corporelle et émotionnelle parentale, les premiers mots (nommer), le contexte affectif, sont autant de traces qui peuvent ressurgir sous d'autres formes bien plus tard. Elles sont la plupart du temps difficiles à repérer dans l'après-coup, mais la résurgence ou la quête dans la vie sexuelle adulte de certaines attitudes sont parlantes : « J'aimerais tellement qu'il me regarde quand on fait l'amour » ou au contraire : « Je déteste ses petites caresses qui m'effleurent... je veux qu'il me prenne ! »

◆ Inné et acquis

Toujours « chaude » et remise au goût du jour par les discussions sur les *gender studies* et, dans une autre perspective, par les discussions sur le « mariage pour tous », sur l'adoption par les couples homosexuels et sur la question de la filiation, l'opposition inné-acquis, nature-culture, interroge aussi la sexualité ne serait-ce que dans les idées reçues (« Les hommes ont toujours envie de sexe, c'est dans leur nature... », « L'instinct maternel est naturel »...).

Parler plutôt de notion « d'équipement », qui fait référence à l'anatomie-physiologie générale et nerveuse de l'organisme, au patrimoine génétique, aux régulations humorales et aux défenses immunitaires qui vont s'allier à la capacité d'adaptation du sujet selon « une synthèse plus ou moins harmonieuse, qui intégrerait à plusieurs niveaux divers éléments innés et acquis, anciens et nouveaux » semble plus juste et colle aux travaux de Ferenczi et de Balint à propos du besoin de contact et d'accordage primaire. Le déclenchement des grandes fonctions (immédiates comme les fonctions vitales ou différées comme la marche et la parole) fonctionne en lien avec l'environnement qui les facilite ou les freine.

La question de la sensibilité des zones érogènes significatives en lien avec les grandes fonctions en est également un bon exemple puisqu'évidemment très liées au développement de la sexualité humaine. L'oralité, en lien avec l'alimentation, le tube digestif et la respiration, l'analité avec le contrôle sphinctérien, le plaisir de la retenue ou de l'expulsion, puis la motricité, le tonus... La question de la représentation psychique en action, en évolution suivant les stades, la dynamique du développement et son intégration, en cas par exemple de précocité ou de surinvestissement, de dysharmonie voire d'abus précoces (apprentissage de la propreté inapproprié, gavage, gestes déplacés...), entérine l'interrelation étroite entre « l'équipement » et ce qui en est proposé et imposé, pour cet enfant « en train de se construire »...

◆ Les premiers mois du bébé : une charnière évidente pour la vie affective et sexuelle

Nous savons que les soins des premiers mois sont essentiels pour l'évolution psychique, affective, de l'enfant. Sptiz l'a montré avec la notion d'hospitalisme en mettant en évidence les conséquences des carences précoces.

Or ces hommes et ces femmes carencés, nous les rencontrons bien plus tard dans nos consultations de sexologie. C'est souvent le courant « tendre » qui est atteint. Leurs difficultés peuvent être alors de deux ordres qui parfois se cumulent : une incapacité à tisser une relation affective et/ou des impossibilités à approcher le corps de l'autre, à ressentir, à donner comme à recevoir de la tendresse, à exprimer une

quelconque sensualité sans que cela ne soit source d'angoisse ou de réticence extrême. Dans certains cas de figure, la sexualité peut être active mais dénuée d'émotion et centrée sur la décharge. À l'inverse, on peut retrouver dans ces personnalités carencées corporellement et affectivement des réactions d'adhésivité corporelle, des tentatives de fusion permanente, comme pour se fondre dans l'autre avec une grande difficulté à exister par soi-même. L'angoisse d'abandon peut être alors massive.

Les moments d'échanges précoces vont donc être, par leur richesse ou leurs manques, des bases sur lesquelles la sexualité va se construire. On peut retenir plusieurs points :

- **la façon dont le bébé est nourri**, quelle que soit la forme d'allaitement, où la charge d'affects, de fantasmes, de paroles, dans leur contenu et dans leur charge émotionnelle, va mettre œuvre les processus d'adaptation à l'autre ;
- **l'importance du portage et du dialogue tonique postural et rythmique** qui va modeler l'image et le rapport au corps dans son évolution ;
- **les séquences interactives au moment des soins maternels** et « l'enveloppe sonore de soi » à travers les comptines, les chansons, les jeux... ;
- **la qualité de la rencontre** (calmante, berçante, froide ou excitante) va en quelque sorte « imprimer » le corps du petit enfant et modeler des types de réactions qui auront un impact pour sa sensualité et pourront se rejouer dans sa sexualité future.

Les troubles psychiques de la mère (psychose puerpérale, dépression, angoisse invasive de mort subite, phobies d'impulsions, crainte de faire mal à son enfant...) auront aussi tout leurs poids pour son évolution sexuelle future.

Le père aura également toute son importance tant au niveau des interactions directes avec le corps de l'enfant qu'à travers ce que la mère construit et transmet. D'autres tiers comme les grands-parents, les frères et sœurs, sans oublier les nounous, auront aussi une influence non négligeable.

Les grands moments organisateurs et la façon dont ils se déroulent, comme les apprentissages de la marche, de la propreté, l'angoisse de l'étranger et de séparation, ont des répercussions que l'on retrouve sous d'autres formes bien plus tard.

Une mention spéciale pour l'apprentissage du « non » et la fonction du refus que l'on peut voir ressurgir dans la sexualité de relation, notamment face aux troubles du désir et aux jeux de pouvoir dans le couple. Là encore, la façon dont ce « non » organisateur de la personnalité et de la dimension narcissique aura été vécu par les parents au moment de son expression enfantine, peut fixer des modes réactionnels soit d'opposition constante, soit d'hyper adaptation masochique.

Ainsi les mouvements de fixation et de régression que l'on repère dans la sexualité adulte renvoient souvent à la dimension archaïque et relationnelle précoce du sujet.

De là à dire que tout serait fixé, bien sûr que non. Le concept de résilience est là pour nous le rappeler. La capacité individuelle d'intégrer, de dépasser les aléas, même graves, est souvent sidérante et inattendue. En ce sens, on ne peut surtout pas dire que telle carence entraînera telle ou telle difficulté sexuelle et/ou affective.

◆ Soi et l'autre, interactions précoces

Si dans la sexualité adulte, la relation à l'autre est toujours sous-jacente, celle-ci se construit pour une grande part dans la référence psychanalytique à « l'objet » et la façon dont la relation à celui-ci s'est construite soit dans l'identification soit dans la différenciation.

Quelques modèles de « relation d'objet », définie largement comme la mise en évidence dans l'espace de la relation, d'une direction, d'une distance, d'une intentionnalité et d'un sens sous-jacent qui se réactualisent dans la maturation de la relation sexuelle plus ou moins « adulte », la structuration du Moi et l'organisation des défenses mises en œuvre : l'objet utilisé pour la satisfaction d'un besoin dans des sexualités axées sur la décharge pulsionnelle

- **l'objet primaire**, dans les fixations œdipiennes à la mère avec ses mouvements d'ambivalence, d'amour et de haine. On peut y associer les sujets à la sexualité « possessive », dans la quête inconsciente de s'approprier l'autre... ;
- **l'objet partiel**, dans certaines fixations de pratiques exclusives. Par exemple dans une fixation sur une partie du corps comme zone érogène qui apporte une satisfaction excessive et peut créer une fixation sur la zone hyper excitée, ou encore sur l'appropriation du sexe masculin par certaines femmes « phalliques » (« Je veux être remplie ») ;
- **l'objet absent**, que l'on retrouve dans les insatisfactions chroniques, les éternels insatisfaits, les anorgasmiques par exemple... ;
- **l'objet perdu** et sa recherche perpétuelle, qu'on peut retrouver chez les sujets qui multiplient les relations sans jamais s'investir ou ceux dont la sexualité s'accompagne d'une charge d'anxiété liée à la performance ;
- **l'objet interne ou externe**, où on retrouve les processus d'introjection comme dans le vaginisme ;
- **l'objet phobique**, comme dans les dyspareunies ;
- **l'objet fétiche**, que l'on retrouve dans certaines paraphilies comme le fétichisme ou l'exhibitionnisme ;
- **l'objet du Moi**, comme dans certains troubles du désir où la dimension narcissique oblitère la relation à l'autre ;
- **l'objet anaclitique**, quand la dépression est sous-jacente au trouble sexuel...

21. Trois étapes cruciales à explorer : le bébé, l'adolescent et le premier rapport sexuel

Les identifications ont aussi toute leur importance :

- **primaires**, elles renvoient au plus archaïque, comme le « collage peau à peau » de l'autiste décrit par Meltzer en tant « qu'identification adhésive », ou « l'identification homosexuelle primaire » (être le même) décrite par E. Kestemberg ;
- **secondaires**, elles sont plus accessibles à l'analyse et les quatre modèles d'identification secondaires des étapes de l'identité chez l'enfant proposés par E. Jacobson peuvent être une grille d'analyse intéressante pour déterminer ce qui se joue au niveau de l'identité dans les troubles affectifs et/ou de la sexualité à l'âge adulte comme autant de points d'arrêt et/ou de fixation :
 - l'absence de distinction soi-autre : *oneness* ou identité-fusion ;
 - la recherche de l'identique : *sameness* ou reduplication spéculaire ;
 - la ressemblance à l'autre : *likeness* ou être comme l'autre ;
 - l'individuation complète : *closeness* ou être complet sans dépendance.

Les différents champs de l'identité se déploient sur plusieurs axes temporo-spatiaux, c'est-à-dire dans le temps (importance de l'amnésie et de la trace mnésique) et dans l'espace - qui pose la question de la séparation (maison maternelle et lieux du dehors vécus comme angoissants ou maléfiques) : identité du corps propre et du corps de l'autre, identité personnelle avec l'emploi du « je », identité sexuelle et identité de genre, avec l'importance de la bisexualité psychique à distinguer du choix plus ou moins clair de l'orientation sexuelle. Continuités et ruptures dans l'évolution psychique et corporelle de l'enfant pourront avoir leur « après-coup » dans des fixations à certains stades de l'évolution libidinale et des régressions aux multiples visages, blocages, arrêt ou refus d'évolution. Le traumatisme qui désorganise, fragilise, s'inscrit pour les troubles sexuels dans un « avant-coup » qui détermine un « après-coup ». « Cette situation de déséquilibre économique peut se constituer de façon progressive par traumatismes cumulatifs (...) c'est-à-dire que la scène vécue, vue, ou imaginée ne devient traumatique que plus tard, de façon inattendue » (Lustin, 2012).

Ainsi la perspective constructiviste de la sexualité humaine donne des repères sur le degré de « profondeur » du symptôme sexuel. C'est pourquoi la deuxième grande phase de son évolution, après la pseudo-acalmie de la phase de latence, est l'entrée dans l'adolescence.

Les traces de l'adolescence

Bouleversement autant physiologique que psychologique, l'arrivée de la puberté est un grand tournant tant dans la relation à soi-même qu'au monde extérieur.

Le développement psychosexuel se caractérise par une reviviscence pulsionnelle brutale, massive, avec une remise à jour des pulsions œdipiennes voire leur intensification. La rémanence chez tel ou tel patient, à certains moments de sa vie, de la « position adolescente » dans les rythmes de vie, face à la contrainte sociale ou encore à la sexualité, à l'amour ou au couple, interroge, surprend, déstabilise... Et ce d'autant plus que le processus d'adolescence est lui-même « une tentative de rattrapage des premières années » (Audibert, 2012).

« C'est comme si on mettait du vin nouveau dans de vieilles outres » disait Winnicott...

◆ La crise de l'adolescence

Elle peut prendre plusieurs formes, de la plus « soft » et adaptative à la plus révoltée et agressive voire violente pour le sujet et son entourage. C'est avant tout une crise narcissique qui pose la question de l'authenticité de soi en même temps que le corps est en train de se transformer (Complexe du homard de Françoise Dolto). La puberté en elle-même est le passage, sans retour arrière possible, à la « maturité sexuelle physique », avec l'arrivée des règles pour la fille et les premières éjaculations pour le garçon. Tout ce qui va se jouer dans cette période va avoir une importance considérable pour la suite : premiers émois sexuels, découvertes de sensations et émotions jusque-là ignorées, anxiété face au corps (taille du sexe pour les garçons, développement de la poitrine et poids pour les filles...). Ainsi, toute parole mal vécue pourra avoir des conséquences gravissimes tant la sensibilité est extrême. Si le sentiment de confiance en soi se construit dans les relations précoces, il se renforcera ou au contraire se fragilisera à l'adolescence.

◆ L'image du corps

Les transformations corporelles, les inquiétudes qui se manifestent à propos du corps soit dans son ensemble, soit dans certaines parties, sont parfois très vivaces encore à l'âge adulte et émaillent les plaintes sexuelles symptomatiques. Là aussi les fixations peuvent prendre différentes formes, et nous voyons combien certaines jeunes femmes vaginiques ayant largement dépassé l'âge de l'adolescence en gardent toutes les particularités, voire celles de la préadolescence.

◆ La masturbation

Nombre de femmes disent ne s'être jamais masturbées. Pour des raisons anatomiques, la découverte du plaisir n'est donc pas aussi évidente pour la petite fille corporellement que pour le garçon. C'est une question délicate qui donne une idée du niveau de maturation de la sexualité et évidemment du poids des interdits car beaucoup d'idées reçues circulent encore à ce sujet (folie, impuissance, peur de la stérilité, dans les cas les plus graves pertes des organes génitaux ou de leur fonction...) et il n'est pas rare d'avoir dans nos consultations des patients adultes anxieux qui nous demandent si la masturbation n'est pas à l'origine de leur trouble !

Dédramatiser, se dégager de toute morale, permettre au patient de remettre la masturbation à une place plus initiatique pour mieux connaître sa propre sexualité, est une des tâches du sexologue quand la nécessité s'en fait sentir.

Et bien sûr les premières rencontres sensuelles dans leurs différents visages, dans un premier temps dans un attachement sur le mode identificatoire, les fixations amoureuses passagères, passionnées, exclusives, teintées d'angoisse ou dans une quête de sécurité, vont faire le lit de ce qui sera la sexualité adulte.

En cela la première relation sexuelle restera fondatrice.

◆ Les « constructions fantasmatiques »

L'imaginaire érotique « en action » va plus ou moins suivre les évolutions physiologiques, et ce dans des différences individuelles qui dépassent la différence des sexes. L'accès à Internet, à la pornographie comme support banalisé, conditionne largement aujourd'hui la sexualité de jeunes qui, ne l'oublions pas, sont à l'adolescence en plein « devenir sexuel ». Les pratiques sexuelles sont exposées et n'ont plus à s'inventer. D'une certaine façon, le « tâtonnement » n'a plus de place, remplacé par la pression de la performance, de la réussite à tout prix, de « l'expertise », du « bon coup ». L'espace psychique sexuel est dérouté vers « faire du sexe » où le rêve a finalement de moins en moins de place. Comment s'étonner que, quelques années plus tard, une forme de pauvreté s'installe, que le déploiement propre à la créativité humaine en matière de relation érotique s'altère, voire disparaisse ? Le « prêt à penser » sexuel imposé aux adolescents, en particulier dans les pratiques sexuelles, dans une période de vie psychique, corporelle et libidinale en chantier, édifie alors une sexualité adulte chargée de doutes, de répétitions stériles, d'incapacités voire de dangers.

La première relation sexuelle

Si la première fois est rarement oubliée, elle peut être oblitérée comme partiellement refoulée :

« Cela a été terrible... », « J'ai eu mal dès la première fois... », « Je l'ai fait parce qu'il fallait le faire... », « J'ai attendu mais je n'ai rien senti ! », « On s'y est repris à plusieurs fois », « j'ai eu une panne... », « Il m'a dit que je n'étais pas douée ! »...

Mais aussi :

« C'était bien », « Pas de problèmes » « Je le désirais depuis longtemps », « J'ai pris les choses en main », « On s'aimait... alors... »

Mille et une façons de vivre ces instants fondateurs. Chacun peut en dire plus ou moins quelque chose, que ce soit flou ou très précis, que ce soit positif ou négatif. L'apprentissage sexuel, qui va plus ou moins s'étayer au fil des rencontres, du vécu corporel et émotionnel individuel, aura aussi toute son importance au moment de l'évaluation. La trace que laissera cette première fois, quelle que soit sa tonalité émotionnelle, peut être porteuse d'une symptomatologie naissante et qui perdure (comme dans les éjaculations précoces primaires ou dans les dysfonctions érectiles liées à la peur de la pénétration), installant une « spirale de l'échec » comportementale et cognitive bien connue en sexologie.

La « qualité » des premiers apprentissages, dans leur portée initiatique et dynamique, sera donc primordiale.

En conclusion

La sexualité est vivante de la naissance à la mort, elle est évolutive, sensible aux aléas de la vie, aux mouvements psychiques et physiques du sujet, aux équilibres et aux déséquilibres qui traversent l'existence dans son ensemble. Néanmoins ces trois étapes : bébé, adolescence et premier rapport, doivent être particulièrement explorés par le praticien en sexologie car elles sont extrêmement riches d'enseignement pour comprendre la problématique actualisée du patient.

BIBLIOGRAPHIE

AUDIBERT C., (2012), *Abymes adolescentes*, Paris, Payot

BOWLBY J., (1978), *Attachement et perte : L'attachement*, vol. 1, Paris, Puf.

BOWLBY J., (1978), *Attachement et perte : Séparation, colère et angoisse*, vol. 2, Paris, Puf.

BOWLBY J., (1978), *Attachement et perte : La perte*, vol. 3, Paris, Puf.

ÉTAYER LA PRISE EN CHARGE EN PSYCHOSEXOLOGIE

21. Trois étapes cruciales à explorer : le bébé, l'adolescent et le premier rapport sexuel

DELASSUS JM., (2010), *Aide-mémoire de Maternologie*, Paris, Dunod

GOLSE B., (2004), *la pulsion d'attachement, La psychiatrie de l'enfant* vol. 47.

PIERREHUMBERT B., (2003) *Le premier lien : Théorie de l'attachement*, Paris, Odile Jacob.

MITKOVITCH R., (2001), *L'attachement au cours de la vie*, Paris, Puf.

PENNAC D., (2012), *Journal d'un corps*, NRF, Gallimard.

PILLIOT M. (2005), *Le regard du naissant*, Cahiers de Maternologie, 23-24 : 65-80 et sur <http://www.quellenaisancedemain.info/images/stories/naissant/naissant.pdf>

WINNICOTT, D., W. (1969), « L'adolescence », in *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris, Payot.

22

ORIENTER OU PRENDRE EN CHARGE ?

Un cas de pratique quotidienne en sexologie _____

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

Marina est une jolie jeune femme métisse de 30 ans, grande et très fine. Elle est adressée par son gynécologue.

Elle présente les choses très directement en disant : « J'ai un herpès depuis 4 ans et cela me gêne car je n'ai rien dit à mon ami. » Elle rapporte la parole d'un gynécologue qu'elle a consulté et qui lui a dit : « Vous êtes tout le temps contagieuse... »

Il y a quelques mois, elle est tombée amoureuse d'un homme qu'elle connaissait depuis plusieurs années en tant qu'ami. Il a 40 ans, est libre et vit en Chine où il est chef d'entreprise. Ils se voient tous les deux mois, soit elle y va, soit il vient. Elle -même a vécu en Chine pour son travail. Elle n'a eu que deux partenaires avant son ami.

Avec lui, les rapports ont toujours été protégés jusque-là et elle ne lui a rien dit de son herpès dont sa première poussée a eu lieu à l'âge de 25 ans.

Elle dit que l'herpès a été à l'époque « mal diagnostiqué », que le gynécologue qu'elle consultait n'était pas sûr... Il a fallu un autre avis pour que les bilans soient faits et le diagnostic posé.

C'est une jeune femme ouverte et fine. Elle a déjà fait une thérapie en hypnose, notamment pour travailler sa colère contre son père, dit-elle. C'est à ce moment

ÉTAYER LA PRISE EN CHARGE EN PSYCHOSEXOLOGIE

22. Orienter ou prendre en charge ?

qu'elle évoque ses origines, une mère espagnole à laquelle elle est très liée et un père camerounais qui est parti quand elle avait 5 ans.

Sur sa relation, elle dit qu'elle est très amoureuse, qu'ils ont de nombreux projets entre eux notamment en Asie. Elle travaille actuellement dans l'art en tant que commerciale et parle d'expériences assez difficiles dans les différentes entreprises où elle est passée. Elle s'exprime en parlant de « management de la peur »...

Elle semble très angoissée par cet herpès, se sent sale depuis qu'elle le sait.

Sa demande est la suivante : « Dois-je lui dire et comment lui dire ? »

Quelques éléments d'analyse du cas

Le cas de Marina est caractérisé par une demande extrêmement précise, centrée sur son couple (la révélation d'un secret qu'elle porte lourdement avec toute une construction fantasmatique) plus que sur sa sexualité, dont finalement elle ne parle pas vraiment. La charge d'anxiété est extrême dans sa relation au corps et à la contagion. Si sa demande est légitime face à une affection dont elle semble ignorer ou ne pas entendre les tenants et les aboutissants (expliqués plus ou moins bien par les praticiens gynécologues qu'elle a rencontrés), le contexte dans lequel s'inscrit son questionnement n'est pas simple : une relation au père compliquée voire abandonnique, un contexte professionnel qui l'a fragilisée et dont elle se sort à peine... Les défenses qui apparaissent sont de l'ordre de la dénégation et de formation réactionnelle (elle se sort de la peur par la mise en œuvre d'une activité individuelle ou avec son ami). Si elle consulte un psychologue à ce stade de son parcours, après avoir fait déjà un travail, n'est pas par hasard. Elle cherche à être rassurée, à se dégager d'une tension, mais aussi demande des pistes concrètes de « savoir-dire » et c'est en ce sens qu'il faudra travailler avec elle.

Cet exemple illustre le rôle « d'accompagnant ponctuel » du psychologue sexologue qui, même s'il peut « lire entre les lignes », doit pouvoir se limiter au conseil focalisé dans une écoute souple et attentive. En ce sens il ne s'agira pas de thérapie sexuelle à proprement parler, même si toute intervention peut avoir des effets thérapeutiques. Le travail en réseau peut prendre ici tout son sens : prendre contact avec la gynécologue qui l'a adressée permettra à la patiente de se sentir cadrée et étayée, ce qui peut d'ailleurs être intéressant face à son angoisse d'abandon...

Dans d'autres cas, le psychologue sexologue aura à adresser le patient à un autre professionnel de santé pour avis ou bilan. Son rôle sera de choisir avec finesse le bon moment, le « bon praticien » en fonction de ce qu'il connaît de son patient. Son rôle sera aussi de s'interroger sur les raisons qui le poussent à « adresser » son patient, qui peuvent parfois être plus obscures qu'elles n'apparaissent ! La façon dont les patients nous arrivent, mais aussi notre façon d'« adresser », est essentielle pour la suite du processus thérapeutique.

Ainsi, distinguer sexothérapie (qui nécessite temps, étapes et engagement) et effets thérapeutiques d'une intervention ponctuelle ou de conseil est essentiel dans la prise en charge, le levier du changement agissant dans ce dernier cas à partir d'un point précis.

La mise en place de l'éducation thérapeutique en médecine s'appuie d'ailleurs sur ce modèle.

Comment aborder l'éducation thérapeutique en sexologie ? _

L'application obligatoire de l'éducation thérapeutique du patient (ETP), inscrite dans le cadre de la politique de santé publique et la loi HPST, ne peut laisser indifférent le psychologue sexologue pour plusieurs raisons : par le questionnement qu'il doit avoir sur la dimension éducative et pédagogique qu'il peut avoir vis-à-vis de son patient, sur son rôle dans des équipes pluridisciplinaires, sur sa place vis-à-vis de la prise en charge médicamenteuse des troubles sexuels et enfin sur sa place dans un système de santé de plus en plus rationnel, standardisé, avec tous les dangers inhérents à l'éviction de l'humain.

Si le principe même de l'éducation thérapeutique est né de la nécessaire prise en charge des maladies chroniques comme le diabète, son application à la sexologie pose le problème du rapport à l'intime et à la mesure nécessaire face aux injonctions de telle ou telle pratique sexuelle.

« Reviennent au premier plan les questions : de la norme, du libre arbitre, de la relation patient-soignant, du sens de la maladie, de la formation des soignants à une prise en charge globale, de la nécessité du travail en équipe et finalement, de l'acceptation par les soignants des limites de leur pouvoir de guérison sans abandonner pour autant le patient à son sort » (Siksou, 2012).

En même temps, le cadre de l'éducation thérapeutique en sexologie peut représenter une sorte de garant face au risque de dérives projectives, risque toujours présent en matière d'affects et de sexualité.

Que peut-on donc tirer de positif de ce paradoxe ? Si les quatre étapes de l'ETP proposées dans les maladies chroniques (le diagnostic éducatif, le programme personnalisé d'apprentissage, les séances individuelles ou collectives et l'évaluation des compétences acquises) posent problème dans leurs aspects uniquement comportementaux normatifs, c'est parce qu'elles sont difficilement pensables en tant que telles en matière de sexualité.

En revanche, l'idée que le patient peut être acteur de sa propre santé sexuelle, incluse dans l'ETP, suppose plusieurs axes : une aide à « comprendre » ce qu'il ressent et le sens qu'il donne à son trouble et au traitement qui lui est proposé, un « partenariat » patient/thérapeute où l'on retrouve des notions d'empathie et d'alliance thérapeutique mais aussi de contre-attitude transférentielle, un développement des « compétences » sexuelles, une autonomisation du patient.

« On ne rééduque pas les patients, on les accompagne dans leur singularité » (Lottin, Benattar, 2005).

Si pour le patient l'objectif est « de disposer d'une qualité de vie acceptable par lui » (Couty, 2009), deux types de compétences caractérisent cet objectif à atteindre : d'une part des compétences d'auto-soins (décisions que prend le patient avec une intention de modifier ses pratiques) et de sécurité, d'autre part des compétences d'adaptation (personnelles, interpersonnelles, cognitives et physiques). En matière de sexualité, de « qualité de vie sexuelle », nombre de patients sont demandeurs de « savoir-faire », de « savoir-être », mais il serait illusoire de croire qu'une simple consigne éducative peut suffire. Prescrire les 365 positions du Kama Sutra ne fait pas de nous des thérapeutes ! Malgré tout, il faut aussi savoir les orienter dans leur pratique suivant leur demande et là où ils en sont. Leur histoire de vie, leurs expériences sensuelles et sexuelles sont toutes différentes et cette singularité est beaucoup plus difficile à aborder que l'application d'un programme sexuel, quel qu'il soit, corporel ou fantasmatique.

André Grimaldi, professeur de diabétologie à la Pitié-Salpêtrière, insiste sur les trois points qui doivent définir une « bonne » éducation thérapeutique : la personnalisation du traitement, le transfert de compétences, l'aide aux changements de comportement.

« Le malade apprend à être son propre médecin » (Grimaldi, 2012).

La notion qu'il développe, selon laquelle « l'éducation thérapeutique est un traitement de l'angoisse par l'action », est tout à fait juste en sexologie.

Mais traiter l'angoisse ne constitue qu'une étape du processus thérapeutique.

L'accompagnement par l'éducation thérapeutique en sexologie, nous l'avons vu, devra se faire avec respect et prudence tant dans les mots que dans les actes. Cette « marche en avant » doit se faire dans une direction fixée par les deux protagonistes, le patient et le sexologue, dans le but certes d'un changement mais surtout d'une mise en œuvre de la capacité à décider pour soi, d'une amélioration des compétences sexuelles au sens large (par exemple mieux

connaître son corps, développer ses sensations, accepter les effets de l'excitation, reconnaître ses fantasmes...), et dans l'objectif de se sentir reconnu dans son humanité comme dans son identité sexuelle (repérage, acceptation et levée des blocages sexuels).

La relation de « partenariat » qui sous-tend l'ETP suppose un rapport égalitaire d'adulte à adulte, qui en l'occurrence est très idéaliste et fait fi de l'inconscient. Et même si le désir du sexologue, dans son éthique, est d'instaurer une relation de cette nature, force est de constater bien souvent que les choses se passent autrement. Toutes les couleurs du transfert et du contre-transfert vont s'exprimer plus ou moins clairement et prendre place dans la relation : régression, infantilisation, indifférence, « objectisation » du soignant considéré comme prestataire de service, séduction, agressivité, déception...

Si l'ETP marque une avancée certaine dans le traitement des maladies chroniques, elle n'est qu'une partie de la prise en charge sexologique (en prenant la forme de recommandations notamment pour les médecins généralistes), et complémentaire de l'approche psychodynamique.

Toute cette réflexion pose le problème de la médicalisation de la sexologie et des niveaux d'intervention (éducation, counseling ou thérapie), mais pose aussi la question de la santé sexuelle, des droits sexuels et des comportements sexuels responsables.

« Cependant, loin de l'autosatisfaction, il est parfois utile de penser contre soi. » (Grimaldi, 2012)

Citons également les travaux de **Catherine Tourette-Turgis**, spécialiste du « counseling », directrice du master en éducation thérapeutique à l'université Pierre et Marie Curie :

« Grâce à l'éducation, le patient peut refuser la programmation de son destin social et améliorer sa santé » « L'accompagnement est nécessaire lors de toute transmission d'une information à caractère désorganisateur et douloureux pour la personne qui la reçoit. Le potentiel du patient à acquérir les compétences dont il aura besoin -selon la définition de l'éducation thérapeutique - peut voler en éclat et être définitivement endommagé si au moment de l'annonce son Moi a explosé et s'est déchiré en mille morceaux qui prendront des années de vie avant de pouvoir se recoller et se rétablir. »

Dans l'article écrit en collaboration avec Thierry Troussier dans la revue *Sexualités humaines*, les auteurs abordent l'important champ de la prévention du VIH et la réduction des risques en matière de santé sexuelle.

ÉTAYER LA PRISE EN CHARGE EN PSYCHOSEXOLOGIE

22. Orienter ou prendre en charge ?

Pour conclure, revenons à Marina. Elle demande une aide ponctuelle (et non pas une thérapie) concernant sa relation mais aussi en filigrane sa sexualité, à la lisière du médical et du psychologique, demande à laquelle le psychologue sexologue ne peut se soustraire.

Outre sa prise de parole et tout son questionnement, avec la mise en mots d'une souffrance autour de son IST, l'éclairage médical et technique d'éducation thérapeutique qu'elle pourra entendre lorsqu'elle y sera seulement prête, l'aide à trouver le courage de la révélation avec les mots justes, de façon plus sereine, dans un temps qui lui conviendra, en prenant soin d'elle et de l'autre, sera la bonne voie possible face à sa demande.

BIBLIOGRAPHIE

AZRIA, E., (2012), L'humain face à la standardisation du soin médical, La vie des idées. fr.

GIAMI A., Santé sexuelle : La médicalisation de la sexualité et du bien-être, www.Caim.info

GRIMALDI André, (2012), L'éducation thérapeutique en question, in Journal des psychologues, n° 295.

LOTTIN J.-J., Benattar F. (2005), « Réflexion éthique sur le concept d'éducation thérapeutique du patient » in Contact Santé, 206 : 8-15.

REVILLOT J.M., (2011), L'éducation thérapeutique peut-elle enrichir le soin en psychiatrie ?, Soins psychiatrie, n° 213, mars, avril 2011.

TROUSSIER T., Tourrette-Turgis C., (2012), Santé sexuelle et prévention, Les consultations d'écoute et sexualité intégrant les dimensions de la séropositivité au VIH, Revue Sexualités Humaines n° 16, Editions Métawalk.

SIKSOU M., (2012), L'éducation thérapeutique en débat, in Journal des psychologues, n° 295, 2012.

23

GUIDE DU PSYCHOLOGUE SEXOLOGUE POUR LES PREMIERS ENTRETIENS

Accueil

- Comment il se présente ?
- Par quel biais arrive-t-il ?
- Par quoi commence-t-il ?
- Quelle est sa première phrase ?
- Et bien sûr : âge, situation de famille, profession...
- Quelle est la charge émotionnelle de ce premier contact ?

Les prémisses de la demande

- Pourquoi vient-il ?
- Comment l'exprime-t-il verbalement et dans son corps ?
- Comment décrit-il sa difficulté ?
- Quelle est la première « impression » du thérapeute ?

Premier « temps-charnière » en psychosexologie : l'anamnèse associative en vue du diagnostic

À partir de là peuvent commencer les questions plus précises : la parole spontanée du patient mêlée aux questions du sexologue révèlent une histoire, une géographie, une science et un art qui se croisent.

◆ Une histoire

Celle-ci se déclinera souvent progressivement au fil des entretiens :

- **histoire du symptôme** : depuis quand a-t-il son problème, quelles sont les circonstances de déclenchement, avec qui, prend-il différentes formes ?...
- **histoire sexuelle**, c'est-à-dire la sexualité fonctionnelle passée et actuelle : fréquence des rapports, premier rapport, dernier rapport, moments importants (heureux et malheureux) pour la sexualité du patient, traumatismes, moments d'arrêt ou d'accélération...
- **histoire plus globale** : les parents, la place dans la fratrie, la relation à celle-ci, le couple, les enfants, le travail... Les grandes étapes : bébé, l'adolescence, l'entrée dans la vie de jeune adulte, le vieillissement, les événements de vie traumatisants...

◆ Une géographie

Axes à explorer : organique, anatomique et physiologique, traitements en cours, troubles psychogènes de base et associés, axes relationnels (famille, couple, relations amicales, relations sociales), imaginaires, sociaux, environnementaux...

◆ Une science

Une science dans sa dimension objective : savoir faire le diagnostic différentiel sexologique.

Cela suppose une bonne connaissance des classifications mais aussi une capacité à s'en dégager pour ne pas s'enfermer et enfermer le patient dans des catégories.

Éviter donc le formatage !

◆ Un art

Celui de la relation humaine, de la créativité à deux, de l'invention, de l'élaboration d'un chemin vers la liberté.

À partir de ces premiers éléments, le psychologue sexologue va repérer, évaluer et travailler spécifiquement la dimension subjective :

le vécu du symptôme mais aussi sa nature (par exemple persécutif, obsessionnel...) ;

- ce qui a déjà été mis en œuvre pour s'en dégager (les stratégies et/ou les mécanismes de défenses psychiques plus ou moins conscients) ;
- la façon dont le patient inscrit sa difficulté sexuelle dans son économie personnelle ;
- l'ouverture de son champ de conscience face à sa fonctionnalité sexuelle (préliminaires, excitation, phase de plateau, orgasme...) ;
- sa relation au corps réel, imaginaire et symbolique ;
- sa relation au plaisir en général et au plaisir sexuel en particulier (corps-machine, érotisation) ;
- son désir par rapport au symptôme et au désir en général ;
- les interdits en œuvre et la nature du Surmoi ;
- l'existence d'idées erronées ou stéréotypées sur la sexualité ;
- le type de relation à l'autre, et pour quel type de sexualité ;
- la situation du couple s'il existe, ou l'idée sur le couple ;
- la dimension psychique à partir de l'observation clinique et les points saillants utiles en sexologie :
 - quel monde imaginaire général et sexuel pour ce patient ?
 - a-t-il une capacité d'insight ou pas ?
 - associe-t-il facilement ?
 - rationalise-t-il ?
 - intellectualise-t-il ?
 - a-t-il une pensée de type opératoire globalement ou concernant la sexualité ?
 - exprime-t-il de l'angoisse, des signes de dépression ?
 - obsessionnalise-t-il son symptôme sexuel ?
 - est-il dans l'évitement de la relation ?
 - montre-t-il des failles narcissiques en lien ou pas avec la sexualité ?
 - base-t-il la relation uniquement sur la séduction ?
 - comment se jouent amour et sexualité pour ce sujet ?
 - est-il plutôt dans la liberté ou la contrainte vis-à-vis de sa sexualité ?
- le repérage de la structure sous-jacente, des mécanismes de défense du Moi, des éléments de fragilité ou d'immaturité ;

ÉTAYER LA PRISE EN CHARGE EN PSYCHOSEXOLOGIE

- l'influence du ça : lapsus, actes manqués, accidents, implications psychosomatiques...

Dans la relation en train de se jouer, il convient enfin de repérer les éléments transférentiels du patient : donne-t-il un sens ou pas à son symptôme, à sa sexualité, à la relation sexuelle ?

Deuxième « temps-charnière » _____

Bien qualifier la demande : différencier clairement demande, plainte et attentes du patient.

Reformuler cette demande jusqu'à ce qu'elle soit clarifiée dans la relation.

Troisième « temps-charnière » _____

Repérer ses propres éléments contre-transférentiels en tant que thérapeute.

Garder une « position » thérapeutique : être avec le patient et en même temps « penser » avec objectivité et compétence.

Le thérapeute doit se méfier de ses propres projections, être prudent quant à ses interprétations et en même temps connaître ses limites.

En conclusion

Le psychologue sexologue doit pouvoir :

- faire la synthèse de ses connaissances en les actualisant et les utiliser au mieux pour son patient ;
- être attentif à lui-même dans la relation tout en étant attentif à l'autre ;
- faire le bon choix thérapeutique en accord avec le patient ;
- savoir passer la main ;
- savoir orienter ;
- avoir une position éthique irréprochable.

Cinquième partie

VISITER

LES APPROCHES CLINIQUES EN PSYCHOSEXOLOGIE

24	Les 3 P : performance, perfection, perte	224
25	L'impossible pénétration : dépasser le vaginisme	231
26	J'ai mal à mon désir... ou l'étoile perdue	239
27	Quand le désir ne revient pas... Troubles du désir du post-partum	247
28	« Sommes-nous compatibles ? » : les attentes dans le couple et leurs aménagements	253
29	Adaptations, coping et couple	262
30	Répercussions de l'agression sexuelle sur la sexualité de la victime (Patrick Blachère)	270

24

LES 3 P : PERFORMANCE, PERFECTION, PERTE

Décrypter les dysfonctions érectiles psychogènes
pour les prendre en charge

*« Je voulais être un arbre... je ne suis qu'un gland ! »
D., un patient souffrant de dysfonction érectile.*

À CES 3P, on aurait pu ajouter : « peur », « panique », « pénétration », « pilule » (bleue), et pourquoi pas, « paternité », « plaisir », « prostate », mais aussi « pornographie » « premier matin », « passion »,...

Déjà en 1912, Freud présentait « l'impuissance psychique » comme la deuxième cause de consultation. Aujourd'hui appelée dysfonction érectile, elle a été au centre de toutes les attentions des communautés urologiques, andrologiques et sexologiques ces quinze dernières années.

De nombreuses études ont mobilisé beaucoup d'argent, beaucoup d'énergie et pas mal de recherches épidémiologiques ou plus purement scientifiques, dans des domaines aussi divers que le diabète, la pose de prothèse pénienne, les médicaments sexo-actifs...

En 2002, une étude faite sur 1 004 hommes révèle qu'un homme sur trois a des troubles de l'érection après 40 ans¹. Si on a longtemps pensé que l'impuissance touchait essentiellement l'homme âgé, une étude du Northwestern University Feinberg School of Medicine et du Children's Memorial Hospital a observé 234 jeunes étudiants de 18 à 25 ans sexuellement actifs. 13 % d'entre eux ont un jour présenté des troubles de l'érection. La prévalence de la DE dans la population générale est globalement inférieure à 10 % avant 40 ans, de 10 à 30 % entre 40 et 59 ans, de 20 à 40 % entre 60 et 69 ans et de 50 à 75 % après 70 ans².

Outre les causes organiques (vasculaires, endocriniennes, génito-pelviennes, traumatiques ou post radiothérapiques, neuropsychiatriques), liées à une maladie chronique, à une prise de médicament, au stress ou aux facteurs de risques comme l'âge ou l'environnement, s'inscrivent les causes psychogènes, d'une certaine façon beaucoup plus complexes à élucider et à prendre en charge. Si la question : « Avez-vous des érections matinales ? » peut déjà orienter le praticien sexologue quelle que soit sa profession de base, la prise en charge par le psychologue ne se fera qu'après un bilan organique sérieux de ce que la définition de DSM-IV propose comme « incapacité persistante ou répétée à atteindre ou à maintenir jusqu'à l'accomplissement de l'acte sexuel, une érection adéquate, à l'origine d'une souffrance marquée ou de difficultés interpersonnelles ». Définition intéressante pour notre propos sur la performance, sa quête, l'idée de la recherche de perfection qu'elle implique et ses effets dans la relation à l'autre dans les risques de sa « perte ». Incapacité, accomplissement, satisfaction en seraient ainsi des miroirs associés. On ne peut parler de la dysfonction érectile sans évoquer l'arrivée des médicaments sexo-actifs, qui ont apporté des solutions rapides et efficaces à beaucoup d'hommes depuis leur mise sur le marché. Ainsi, comme le souligne Marie Hélène Colson (2004), « l'impuissance change radicalement de visage, mais en se médicalisant, se transforme aussi en « dysfonction érectile » et se résume, dès lors, à son symptôme le plus visible, la perte d'érection... une dérive mécaniste qui se déploiera largement dans certains milieux médicaux, mais ne durera que le temps d'une décennie, le temps pour certains de comprendre que « traiter la verge dysfonctionnelle ne suffit pas pour guérir l'homme en difficulté dans sa vie sexuelle, dans son couple. »

1. Giuliano F., Chevret-Measson M., Tsatsaris A. *et al.* Prévalence de l'insuffisance érectile en France : résultats d'une enquête épidémiologique menée auprès d'un échantillon représentatif de 1 004 hommes. *Progrès en Urologie* (2002), 12, 260-267.

2. Lue TF, Bason R, Rosen R, Guliano F, Khoury S, Montorsi F. *Sexual medicine : sexual dysfunction in men and women. 2nd international consultation on sexual dysfunction*. Paris : Editions 21, 2004 : 820 p.

Nous nous intéresserons donc ici à ces hommes qui ne présentent aucun problème organique et qui après bilan médical sans problème particulier continuent à avoir le sentiment de « dysfonctionner », quel qu'en soit le degré.

L'origine psychogène d'une telle dysfonction aux multiples facteurs psychodynamiques (entre autres, fixation infantile, angoisse de castration, barrière contre l'inceste, frustrations à l'adolescence, relations destructrices...), qui peut être circonstancielle ou permanente, prendra souvent la forme déguisée de cette « quête de performance » dont nous allons expliciter le sens.

Une si belle performance ! _____

Si la perte d'érection « déstructure » l'homme qui en souffre sur des plans plus ou moins profonds (narcissique, de confiance en lui, de liberté d'agir sexuellement dans la relation), la quête sans mesure d'une « meilleure » performance peut se muer en une angoisse envahissante qui induit une « spirale de l'échec ».

Ainsi, s'il est légitime qu'un homme s'inquiète de la qualité de son érection et donc de sa capacité à être satisfait et à satisfaire l'autre dans la relation sexuelle, et ce d'autant plus que l'érection est un mécanisme involontaire, sa relation à la « performance » peut prendre différents visages.

Pierre a 35 ans. Il est avocat, brillant, dont l'image de « latin lover » fait de lui un homme séduisant qui réussit. Il est marié avec Valentine, 33 ans, journaliste montante de la télévision, jeune femme qu'il décrit comme très vivante, pétillante et pleine de ressources tant dans sa vie professionnelle que personnelle. Ils ont un petit garçon de 3 ans, Victor, qui va bien... Tout est bien dans le meilleur des mondes... Sauf que Pierre consulte car, suite à quelques petites pannes occasionnelles, il voudrait être plus « performant », ne pas risquer la défaillance et toujours contenter « en toutes circonstances » Valentine, qui par ailleurs ne semble pas se plaindre.

Sa quête du « toujours plus, toujours mieux » prend sens quand il évoque deux points importants : d'une part ces moments de challenge avec ses amis pour draguer et être celui qui « a le plus de filles » à la fin de son adolescence, moments qu'il dit avoir vécus dans la pression constante... D'autre part sa relation à la fois très proche et très admirative avec son « grand frère », avocat lui-même et qu'il a rejoint professionnellement...

Si le mot « performance » est un terme « turfiste » à l'origine (ensemble des résultats obtenus par un cheval de course sur les hippodromes), il provient de l'anglais *performance* qui veut dire spectacle, représentation. Il n'échappe donc pas aux

multiples sens de succès, de résultats, d'exploit, de réussite, voire de rendement et de fiabilité mais aussi d'épreuve, de test. Mais ce qui sous-tend son sens, c'est la comparaison, et en matière de sexualité une comparaison avec des représentations construites fantasmatiquement (une image paternelle, fraterne, identificatoire ou en rivalité comme avec l'amant réel ou potentiel), norme introjectée qui sert de guide à l'insatisfaction.

Fascination d'un succès assuré donc pour beaucoup d'hommes, envahissement psychique qui les met en risque de fragilité face à leur érection, qui bien souvent se mobilise sans soucis le matin au réveil ou la nuit quand tout le monde dort ! Celle-là même qu'ils ont découverte si « naturelle » tout petit dans leur bain, au hasard d'un auto-attouchement ou de jeux sexuels entre enfants. Celle aussi qu'ils ont largement explorée par la masturbation dès l'adolescence...

Face au désordre érectile, évitement ou acharnement font leur nid... L'anticipation négative, où les repères d'espace/temps sont brouillés (distorsions du temps à travers une projection soit vers le passé (produisant de l'évitement), soit vers le futur (acharnement), attentes irrationnelles, avec des focalisations de la conscience et des mécanismes d'auto-conviction, mais aussi dans certains cas, régressions comportementales et psychodynamiques).

La performance s'appuie alors sur un désir de « perfection » qui sur le plan comportemental prend la forme d'un « perfectionnisme sexuel ».

Perfection ? !

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

Paul fait partie de ces déçus qui « guettent » son érection « qui lui joue des tours... ». Il a 37 ans et sa sexualité s'est construite en visionnant des films pornos depuis l'âge de 12 ans. À 14 ans, après une première tentative de rapport avec une fille de trois ans son aînée, une première panne au moment de la pénétration et une réflexion désobligeante sur la taille de son sexe, il s'enferme dans un état dépressif dont il sortira difficilement, passant par la prise de cannabis puis d'alcool jusqu'à aujourd'hui encore en excès. Les quelques tentatives de rapports avec des partenaires occasionnelles lui permettent d'avoir une sexualité plus satisfaisante car les pannes sont alors moins fréquentes. Vers l'âge de 25 ans, en tombant amoureux de sa deuxième « vraie » partenaire, celle qui deviendra sa femme, il se heurte à de « graves » problèmes. Le couple vient d'avoir une petite fille dont il a choisi de s'occuper pendant les premiers mois avant de reprendre son travail de journaliste. Son érection est de bonne qualité par masturbation et les érections matinales sont présentes. Aujourd'hui Paul boit trop et il le sait.

Tout le monde sait de façon rationnelle que « la perfection n'existe pas ». Et pourtant la sexualité masculine est un terrain sensible où elle s'exprime de façon privilégiée, avec des effets somatiques et psychologiques. Sur un plan psychodynamique, le distinguo entre « Moi idéal » et « idéal du Moi » éclaire la fois les motivations de cette recherche de perfection ainsi que les conséquences de l'anticipation négative anxiogène.

Si Freud¹ n'a pas vraiment distingué les deux concepts, Nunberg, Lagache et Lacan ont été plus loin. Pour résumer, Le « Moi idéal » renvoie à l'idéal narcissique, comporte une identification primaire, trouve son origine dans le « stade du miroir » (Lacan, 1958), et sert de support à « l'identification héroïque » (Lagache, 1958). Cette recherche du « Moi idéal » se retrouve d'ailleurs dans ses excès dans la psychose et certains délires liés à de grands personnages de l'Histoire ou de la vie contemporaine. A *minima*, la quête de perfection peut se fixer sur la fonctionnalité sexuelle, le « phallus » et sa fonction devenant alors dépositaire unique de la dimension narcissique du sujet.

L'« Idéal du Moi » est décrit par Freud comme une instance psychique qui inclut à la dimension narcissique l'identification aux parents (ou à leurs substituts). Celui-ci fait référence dans sa fonction au « Surmoi » interdicteur mais ne s'y réduit pas. Le Surmoi « observe sans cesse le Moi actuel et le mesure à l'idéal ». Trois fonctions actives du Surmoi donc, dans cette quête de « perfection » : auto-observation, conscience morale et fonction d'idéal.

La « voix de la conscience » dans sa fonction interdictrice est très active dans les troubles de l'érection d'origine psychogène et c'est en ce sens que cette dimension de « l'idéal du Moi » doit être explorée sur ces trois versants narcissique, identificatoire et interdicteur.

Le distinguo entre sentiment de culpabilité et sentiment d'infériorité, résultat de la tension entre le Moi et le Surmoi, aura aussi à être exploré afin de mesurer ce à quoi le sujet se soumet, à la peur de la punition (castration) ou à l'objet aimé (identification au père par exemple).

Les processus d'une idéalisation tournée vers l'autre, notamment dans la passion amoureuse, accompagnent ces mouvements psychiques internes à la personne.

Perdre son érection...

L'horreur qui envahit certains hommes à l'idée même de ne plus « bander » (avec l'âge, dans certaines circonstances ou accidentellement) est à la hauteur de l'angoisse de perte qui les anime sur un plan plus inconscient. Cela peut se traduire par un

1. Pour introduire le narcissisme, 1914.

tasting permanent qui réduit la relation à une mécanique, une anticipation négative et une pensée magique, un renoncement, une dépression...

En ce sens, le lien entre « faille narcissique » et mélancolie, mis en évidence par Freud, est intéressant. Le « deuil » comme modèle normal de la mélancolie, la mélancolie comme appauvrissement du Moi, la fonction des reproches tournés vers le Moi, les mouvements d'amour et de haine (énamoration), l'identification du Moi avec l'objet perdu (en l'occurrence l'érection) sont autant de volets à explorer dans la relation du sujet à la perte et aux émotions qui l'accompagnent. Le contexte de la perte est donc essentiel et pose de façon aiguë la question de la dépression, soit comme élément déclencheur soit comme conséquence.

Patrick a 53 ans. Il consulte pour un trouble de l'érection qu'il qualifie de « ça vient ou ça ne vient pas... et quand ça vient cela ne dure pas forcément longtemps... » Il a été marié plus de vingt ans, il a trois enfants et a divorcé il y a quelques années. Sa nouvelle compagne a beaucoup de « besoins » et est très demandeuse. Ils ne vivent pas ensemble et se voient le week-end car ils sont éloignés géographiquement. Vers cinq ans, il se souvient avoir mis les collants de sa mère, y avoir pris beaucoup de plaisir. Dans ses périodes de « disette » sexuelle, il s'excitait en s'habillant en femme dans le bas du corps tout en gardant le haut en homme. Il lui arrive de voyager dans cette tenue et rend beaucoup de plaisir à se faire voir ainsi. Sa compagne accepte que de temps en temps il s'habille en femme à la maison à partir du moment où il l'honore en tant qu'homme. Il dit que « ça » il en fait son affaire, que ce n'est pas sa demande, qu'il voudrait surtout retrouver une érection comme quand il était jeune, spontanée, pleine, sans problème. Ce qu'il veut, c'est « bien bander » et « la baiser »... Son moral est en baisse... cela ne va pas...

Derrière la perte d'érection d'origine psychogène, se cache parfois une problématique beaucoup plus complexe de désir, de narcissisme ou d'identité. La quête de la performance dans ce qu'elle renvoie au désir de perfection est une des figures les plus répandues de « l'impuissance » en miroir du rêve de « toute-puissance ».

Le rôle du psychologue sexologue clinicien est d'accueillir une parole parfois floue, d'aider le patient à mettre en mots sa demande, d'éclairer son symptôme grâce à d'autres « projecteurs » pour se réapproprier à travers le sens de celui-ci ce qu'il vit concrètement dans sa sexualité et dans la relation à l'autre, soit comme une perte paradoxale « provisoirement définitive », soit comme une atteinte à sa virilité, à sa masculinité, voire à son identité. « L'étendue des dégâts » peut être très variable et atteindre plus ou moins profondément le sujet.

Pour cela, les différents volets performance, perfection et perte seront à explorer dans leur forme explicite mais surtout implicite. Avant d'aborder le trouble en lui-même, il sera souvent nécessaire de travailler sur la « sécurité intérieure », qui est souvent très perturbée, en s'appuyant sur les ressources du patient : ce qu'il en dit, les liens avec son histoire, ses expériences passées positives...

BIBLIOGRAPHIE

ASSOUN P., (2009), *Dictionnaire des œuvres psychanalytiques*, Paris, Puf.

FREUD S. (1912), Sur le plus général des rabaissements de la vie amoureuse, in *La vie sexuelle*, Paris, Puf.

LAGACHE D., (1958) *La psychanalyse*, Paris, Puf.

LACAN J., (1958), Remarques sur le rapport de Daniel Lagache, in *La psychanalyse*, Paris, Puf.

LAFFONT I., Servant B. (2012), La volonté d'impuissance, *Revue française de Psychanalyse*, « Impuissance et frigidité », avril, Paris, Puf.

NUMBERG, (1957), *Principes de psychanalyse*, Paris, Puf.

25

L'IMPOSSIBLE PÉNÉTRATION : DÉPASSER LE VAGINISME

L'ARRIVÉE DES PATIENTES qui consultent pour vaginisme peut prendre plusieurs formes : soit en première intention, soit adressées par leur gynécologue ou un autre médecin. Certaines ont déjà engagé plusieurs tentatives de traitement pour cette difficulté, voire un travail de psychothérapie pour d'autres problématiques.

Notons au passage que les demandes sont de plus en plus fréquentes pour vaginisme primaire.

L'évaluation clinique sexologique pure va être essentielle pour bien déterminer la demande de la patiente avant d'aborder la dimension psychologique. La base pour le psychologue sexologue est l'écoute attentive du verbal et du non-verbal, l'observation clinique sur laquelle viendra se greffer le questionnement. Si nous retrouvons des points communs dans les différents cas, aidés en cela par nos critères diagnostics, le but du psychologue est avant tout de traiter une patiente souffrant de vaginisme, SON vaginisme, qui s'inscrit dans son histoire sexuelle spécifique.

La définition même du vaginisme dans le DSM-IV mérite qu'on s'y arrête. Elle se situe dans la catégorie « Troubles sexuels avec douleur (non due à une affection médicale générale) » : « spasme involontaire, répété ou persistant, de la musculature du tiers externe du vagin perturbant les rapports sexuels ».

Il est ajouté que « la perturbation est à l'origine d'une souffrance marquée ou de difficultés interpersonnelles ». Les sous-types nous indiquent des dysfonctions « de tout temps », acquises, généralisées ou situationnelles.

Le DSM distingue des causes dues à des facteurs psychologiques, qui « jouent un rôle majeur dans l'installation, la sévérité, l'exacerbation ou la persistance de la dysfonction » sans affection médicale ou rôle de substance.

Or, combinant plusieurs facteurs psychologiques et médicaux, nous savons que l'entremêlement est souvent complexe entre mycoses à répétition, brûlures, sensations de contracture, blocage, vécu traumatique, interdits moraux ou religieux...

Nous voyons donc que la réaction physiologique dépasse la volonté, se fait à l'insu de la conscience de la patiente et que les conséquences sont à la fois personnelles et relationnelles.

Un cas de vaginisme primaire

Sophie a 27 ans et consulte pour « une incapacité à avoir des rapports complets... ». Elle est en couple depuis six ans avec Arnaud, un couple « turbulent » avec de hauts et des bas. Il a été son seul partenaire. Sophie parle d'emblée de son frère qui s'est suicidé suite à des problèmes psychiatriques. Ses parents ont divorcé il y a 13 ans, le frère étant resté avec le père et elle avec sa mère, cette dernière accusant le père de ne pas avoir « protégé » le fils de lui-même ; les relations de Sophie avec son père sont d'ailleurs très compliquées et elle souligne des paroles blessantes et fortement érotisées à son encontre « *tu ne vas pas montrer tes bras comme une pute...* », quand l'été elle dénudait cette partie du corps par forte chaleur. Elle dit s'entendre « très bien » avec sa mère.

Sur le plan sexuel, elle décrit une tentative de premier rapport très douloureux « à l'entrée » avec Arnaud : « Ça saignait et j'ai pris un anxiolytique... Arnaud m'a cassée car je ne savais pas s'il me désirait vraiment... » Aujourd'hui c'est encore le cas, Arnaud n'accepte pas que ce soit elle qui exprime un désir sexuel et l'enjeu « guerrier » de leur couple se situe autour d'une problématique de désir qui ne peut pas s'exprimer. C'est lui qui doit décider où et quand les rapports doivent se tenter, rapports pendant lesquels cependant elle ressent du plaisir clitoridien. Elle dit « mon corps refuse d'être pénétré, se ferme, et pourtant ce serait un vrai confort pour moi de ne plus avoir mal ». Elle pense qu'il veut la quitter et a très peur de l'abandon.

Nous voyons à partir de cette courte vignette les intrications complexes d'un symptôme sexuel qui peut se définir comme un vaginisme primaire. Intrications dans la dynamique de couple basée sur le pouvoir, intrications avec une histoire personnelle dans une ambiance paternelle incestuelle et une mère fortement investie. Néanmoins des points positifs vont pouvoir servir de supports à la thérapie : elle est capable d'avoir du désir et de l'exprimer et ressent un certain

plaisir. La piste principale étant celle du choix du partenaire, avec cette relation basée sur l'agressivité voire une certaine violence (ce qui est inversé par rapport à la figure du partenaire habituel, doux et patient, des femmes souffrant de vaginisme), mais aussi une fragilité affective massive (peur de l'abandon). Son symptôme sexuel de vaginisme marque à la fois une forte opposition, la protège, et en même temps lui interdit pour le moment tout accès à une sexualité plus épanouie. La douleur et la peur qui l'accompagne ont une fonction défensive, une forme de rempart hypersensible. Quand elle dit : « En fait, j'ai peur d'être envahie par l'autre... », on peut se demander de quel « autre » elle parle...

25. L'impossible pénétration : dépasser le vaginisme

Les études

Il existe peu d'études et peu de données sur la prise en charge non pharmacologique des TS et en particulier du vaginisme. Néanmoins une étude récente rapportée par le sexologue Pierre Devaux sur le site de la SFMS, étude faite en ligne sur 168 patientes entre 18 et 61 ans (américaines, canadiennes et européennes, 75 pour vaginisme primaire, 93 pour vaginisme secondaire) par les Canadiens de l'École de psychologie de l'université d'Ottawa, malgré les biais, montre dans les deux groupes que la crainte de la douleur, soit consécutive à des tentatives précédemment douloureuses, soit imaginées comme telles (paroles entendues ou scène fantasmatique), mais aussi la peur d'être blessée, l'aversion du pénis à l'intérieur du vagin, la peur de la perte de contrôle, l'image négative du corps, le dégoût du sexe, la peur de l'intimité, sont des causes le plus souvent citées dans les vaginismes primaires.

Sur le plan épidémiologique, Nadine Grafeille parle d'une fréquence moyenne probable de 20 à 25 % des demandes féminines qui seraient pour vaginisme, alors qu'en 1970 Masters et Johnson citaient 29 cas en 11 ans.

Depuis Masters et Johnson qui ont insisté sur le phénomène stimulus/réponse, Kaplan en 1974 propose l'utilisation des dilateurs ainsi que les traitements de désensibilisation systématique de Wolpe mêlant imagerie mentale et exercices (1958). Kegel, Hall, Birk et Brinkley-Birck proposent des exercices pubococcygiens avec ou sans le partenaire. Le vaginisme a donc été longtemps traité par des méthodes très comportementales voire mécaniques et les études se sont centrées sur ces résultats.

La démarche de ces femmes auprès de nous peut se faire à différentes étapes de leur vie sexuelle, après un premier rapport impossible, après quelques tentatives ou après plusieurs années d'impossibilité de pénétration.

Pour éclairer la lecture psychogène du vaginisme primaire —

Voici quelques repères et quelques figures du vaginisme, au-delà de la réponse conditionnée qui s'appuie « sur l'association de la pénétration avec divers stimuli aversifs » (Trudel, 2000). Cette lecture s'appuie sur le continuum vivant de la construction de la sexualité féminine, considérée comme évolutive de la naissance à la mort et sensible aux événements de vie et d'expérience.

◆ L'origine phobique

C'est la dimension « psychologique » du trouble la plus évoquée. Ce n'est pas la seule et il convient d'y voir plus clair. Elle se définit par une peur persistante et intense à caractère irraisonné, où présence et anticipation de l'objet provoquent une réaction anxieuse immédiate. Dans le vaginisme, il s'agit donc de cette hypercontraction involontaire des muscles vaginaux et périvaginaux à la seule approche de l'objet « pénétrant » ou même à l'idée d'être pénétrée. Nous sommes donc en face de femmes hyper-réactives, en proie de façon inconsciente à un corps qui réagit dans l'instantané. Sur un plan psychique, dans la phobie, le Moi laisse filtrer l'angoisse plutôt que de la refouler, angoisse qui apparaît alors à l'état quasiment brut et brutale par la clôture du corps sexué. André Green parle de la phobie comme d'un mécanisme somme toute assez simple mais inachevé, intermédiaire, sur le plan psychique, un entre-deux, entre refoulement et déplacement, (libido ni refoulée, ni déplacée) et qui marque une difficulté d'être (Bergeret, p. 153.).

La relation à un vagin qui ne serait pas autre chose qu'une « mécanique » se traduit par « ça ne rentre pas » et les expressions utilisées donnent beaucoup d'indications sur la façon dont elles envisagent leur corps comme lieu de passage impossible, comme lieu d'accueil aussi, comme porte d'entrée à la découverte de leurs sensations internes. Accueil de leur propre plaisir, accueil de l'autre dans le partage. D'un côté, la menace, de l'autre, une représentation du corps sans vacuité (la question des orifices et de leur représentation), du corps encombré, ou encore considéré comme un « pré carré » personnel, clos et sans accès, dans une forme de repli narcissique et d'autosuffisance. Un bon terreau pour le vaginisme.

◆ Menace et intimité

Tout « objet » pénétrant (sexe masculin, spéculum, tampon à des degrés divers) va être vécu comme une menace physique mais aussi psychique, et pour certaines patientes il conviendra donc d'être très prudent en particulier lorsque le terrain psychologique laisse entrevoir des éléments dépressifs voire pour d'autres des états limites. La lecture psychopathologique va donc être essentielle. La résistance au

changement est en cela une bonne indication. Pour certaines patientes, il ne faudra pas toucher au symptôme en particulier quand les angoisses d'éclatement, d'explosion, mais aussi de crevaisson de l'enveloppe corporelle apparaissent (*Moi-peau*, D. Anzieu). En ce sens, le vaginisme peut être considéré aussi comme une pathologie de la relation.

Pour d'autres, la menace s'est inscrite sur la réalité d'une agression, d'un viol, d'un inceste ou d'une ambiance incestuelle (Racamier) qui peut faire des ravages sur la petite fille en devenir.

◆ Image inconsciente du corps

La façon dont la petite fille va construire de façon consciente et inconsciente sa relation à son corps interne est déterminante. Le distinguo utérus/vagin, la représentation visuelle mais aussi sensorielle et « de sens » fait partie de l'exploration. Ainsi la théorie autour de l'image inconsciente du corps (F. Dolto) – qui se distingue du schéma corporel commun à tous – ouvre sur une compréhension corporelle de l'inconscient qui ne se réduit pas à sa dimension psychique. Le corps est le lieu des premières expériences sensorimotrices et des premières communications, et sa représentation subjective se base sur cette construction en forme de mosaïque (Nasio, 2008). Une carence, prenant la forme du déni de cette représentation du corps interne, de l'annulation de sa fonction de plaisir, de l'ignorance dans cette construction, peut être à l'origine du vaginisme primaire. Des représentations comme le plein et le vide, le dur et le mou, le fermé et l'ouvert, le serré et le lâche, vont émailler le discours des patientes. La dimension fantasmatique (fantasme de vagin « sans fond », sans parois, sans forme « contenant »...) est ainsi particulièrement convoquée.

◆ Culpabilité, interdit

Nous savons que le poids de l'éducation, de la relation à la sexualité véhiculée par les parents ou par la chaîne générationnelle, influence la sexualité. Le « sens interdit » posé est ainsi souvent porteur de cette transmission coupable et du refus. Il sera intéressant de creuser le sens de ce refus et surtout de pointer le paradoxe entre une forme de volonté et la réponse du corps :

- **une fonction structurelle et/ou relationnelle** qui s'exprime par une forme de masochisme. Quand on parle de masochisme, le sadisme n'est pas très loin... La relation s'installe alors à travers le refus sur un mode de revendication, de lutte pour un territoire, un retrait de toute sexualité... ;
- **une fonction protectrice du refus** qui mérite la prudence quand elle est repérée.

Enfin, on ne peut laisser de côté les instances morales et moralisatrices, quand d'un « Surmoi » cruel et dévastateur naît un « sous-Moi » bâillonné, bloqué, coincé... Freud n'a-t-il pas dit que « le sentiment inconscient de culpabilité rend le patient "amoureux du malheur" » ?

◆ Relation fusionnelle à la mère

Les encombrants : la pratique clinique nous montre que nombre de ces femmes sont en fait extrêmement immatures, comme si elles n'avaient pas grandi à l'intérieur d'elles-mêmes, comme si elles n'avaient pas franchi les étapes nécessaires à une sexualité possible pleinement. La mise en évidence d'une relation fusionnelle à la mère persistante à l'âge adulte fait que la sexualité de relation ne peut pas être pensée librement et tournée vers l'autre.

Il y a des mères qui « dorment ou qui veillent, voire qui surveillent » dans le vagin de leur fille et en interdisent symboliquement l'accès. C'est la nature même du lien mère/fille qui doit être alors interrogé.

Pour les vaginismes secondaires, nous sommes plus du côté du « réactionnel », soit par rapport à un évènement traumatique, soit par rapport à un évènement qui prend sens dans la relation de couple, soit par rapport à une étape de la vie sexuelle ou plus globale de la femme.

Notons aussi que le choix du partenaire, ses éventuels bénéfices secondaires et le degré de collusion du couple (narcissique avec fonctionnement en miroir et fusionnel) alimentera le degré d'anxiété du couple face à la sexualité, avec ses effets de renforcement.

Sept questions clé pour le psychologue sexologue _____

Ce qui va interroger le psychologue sexologue, c'est d'abord l'objet de la demande des patientes et son expression, ainsi que la question du choix du symptôme, l'inscription de ce symptôme dans la construction psychique de la sexualité féminine, le rapport étroit entre le corps et l'esprit dans ce symptôme, la prise en compte du sens de ce symptôme dans sa dimension consciente et inconsciente.

Il sera essentiel d'éclairer au fil du premier entretien les sept points suivants qui seront autant de portes incontournables d'observation et de compréhension pour le sexologue et qui pour le psychologue seront autant de guides d'approfondissement de son diagnostic et de sa prise en charge, son but principal étant d'aider cette patiente à donner un sens nouveau et plus libre à sa sexualité, sans *a priori*.

1. Depuis combien de temps la patiente a-t-elle ce problème ?

Cette question, au-delà de la détermination du trouble primaire ou secondaire, va donner des indications sur la capacité de la patiente à se prendre en charge, à évaluer le sens de cette nécessité dans le contexte actuel de sa demande (relation au partenaire, désir d'enfant, norme, désir d'être enfin « une femme »...).

2. A-t-elle déjà consulté pour cette difficulté ?

Cette question complète la première et permettra de mesurer l'attente personnelle de la patiente (attentes de réponse magique, passivité face au thérapeute), son rapport à l'échec et à la mise en échec du thérapeute, le rapport aussi à la « technique ». Venir voir un psy en première ou en dernière intention (« j'ai tout essayé ») n'a pas le même sens.

3. Quel est le bilan de l'examen gynécologique s'il a eu lieu ? Est-il possible ? La question des tampons...

Question essentielle qui va donner des indications sur la façon dont cette patiente se prend en charge sur le plan médical au niveau de sa génitalité, son rapport aux autres professionnels de santé qu'elle a pu consulter, et au-delà sa capacité de confiance et d'abandon au niveau corporel, ne fût-ce qu'à un geste technique. Ceci pourra éclairer, si l'examen est possible, sa relation à l'homme et au sexe masculin.

4. Quelles stratégies thérapeutiques ont été mises en place ? Comment les a-t-elle vécues ?

Ce sera l'occasion de faire le point sur les essais, les acquis également, notamment ce qui aura été intégré sur le plan psychique et corporel, et donc de mettre en lumière les progrès ou les régressions dans une perspective de prise de conscience mais aussi de formulation du chemin à parcourir. Cette question permet de mesurer la capacité de représentation d'une part du symptôme, d'autre part de la « guérison », c'est-à-dire la façon dont elle se représente sa sexualité « idéale ».

5. Quel est le lien à la douleur et à la peur ?

C'est une question centrale. Nous savons la proximité du vaginisme avec la dyspareunie. Démêler le cercle vicieux peur/douleur, sortir du modèle stimulus/réponse sera un premier plan, mais il faut aussi évaluer la dimension phobique et anxiogène du symptôme ce qui permettra d'orienter la prise en charge. C'est aussi la grande question de la pénétration, du rapport à l'intrusion, du rapport aussi à « l'accueil de l'étranger en soi » qui sera élaborée. Sur un plan psychopathologique, la peur peut renvoyer encore à des éléments paranoïaques qui seront à mesurer. L'autre qui fait mal...

6. Quel est son rapport à la sensualité globale du corps et connaît-elle le plaisir clitoridien ?

La pratique clinique nous apprend, en écoutant les patientes souffrant d'un vaginisme, qu'il existe très souvent une sexualité « extérieure », avec des pratiques sensuelles satisfaisantes, un

VISITER LES APPROCHES CLINIQUES EN PSYCHOSEXOLOGIE

25. L'impossible pénétration : dépasser le vaginisme

accès à l'excitation et à l'orgasme malgré l'impossibilité de pénétration. Cette question donnera des éléments sur l'image consciente et inconsciente du corps sexué mais aussi global, du rapport entre intérieur protégé, interdit, et extérieur exposé, séducteur, accessible en surface...

7. Y a-t-il une expression de la sensualité et/ou une forme de sexualité dans le couple ?

Aspect fondamental, nous savons la complaisance « gentille » des partenaires, avec, sous-jacente, la question de la place de l'agressivité masquée, déplacée, barrée, transformée, la question des bénéfices secondaires de l'un et de l'autre à la situation, la question aussi du modèle de couple, infantile ou impliqué dans des relations sadomasochistes, la question du pouvoir sur la sexualité du couple, ou encore celle du symptôme caché et notamment du trouble du désir sous-jacent.

En conclusion

Nous voyons donc que ces sept questions de base, qui ne sont pas exhaustives, vont permettre d'aborder la dimension psychogène du trouble sur un premier plan phénoménologique (les faits), sur un deuxième plan de lecture « entre les lignes », avec la mise en perspective du sens caché du symptôme pour le thérapeute, et sur un troisième plan du sens dans la globalité psychique et corporelle de la patiente.

Le psychologue pourra prendre en charge cette patiente quand il s'agira d'un trouble psychogène avéré, soit en accompagnement d'une prise en charge médicale si le trouble est d'origine organique.

BIBLIOGRAPHIE

ANZIEU D., (1985), *le Moi-Peau*, Paris, Dunod.

BERGET J., et coll., (2012) *Psychologie pathologique*, Issy les Moulineaux, Elsevier Masson.

NASIO, J.D. (2008) *Mon corps et ses images*, Paris, Paris, Payot.

TRUDEL G. (2000), *Les dysfonctions sexuelles*, Québec, Presses Universitaires du Québec.

26

J'AI MAL À MON DÉSIR... OU L'ÉTOILE PERDUE

L'ABÎME DEVANT lequel les patientes se trouvent quand elles décident de consulter pour « trouble du désir » est à la hauteur de leur inquiétude, le plus souvent pour leur couple mais aussi face à une certaine norme ou au mythe du paradis perdu !

« Je n'ai pas d'appétit sexuel », « Je n'ai jamais envie », « Je ne demande jamais », « Je n'ai aucun besoin », « Je peux parfaitement m'en passer », « Je suis bien sans sexualité ».

Certaines patientes, très nombreuses sur ce modèle, se plaignent d'un trouble du désir d'un modèle particulier :

- elles n'ont aucune intention spontanée pour la relation sexuelle ;
- quand elles répondent, elles ont de l'excitation, du plaisir et des orgasmes ;
- par ailleurs, elles sont dans une relation de couple qui va bien « sauf ça »...

Après avoir pris les précautions d'une évaluation qui évacue les causes organiques et médicamenteuses, après avoir déterminé s'il s'agit d'un trouble du désir primaire ou secondaire, après avoir fait le point sur d'éventuels troubles sexuels associés et avoir mesuré la « qualité relationnelle » du couple, reste le « Je n'ai pas de désir sexuel... et cela ne me manque pas ! ». La douleur morale issue de cette « perte »

s'inscrit en fait souvent dans les conséquences : conflits conjugaux, frustrations, culpabilité, sentiment de dévalorisation, angoisse d'abandon, contraintes, menaces voire violences conjugales...

Pour y voir plus clair : distinguer besoin, envie et désir... _____

- **Le besoin**, d'après le Petit Robert, est une exigence de la nature ou de la vie sociale. Il implique la notion de nécessité. Il est un dérivé de « soigner », « être préoccupé ». Dans l'expression « avoir besoin de » on retrouve le sens de la nécessité ou de l'utilité pour soi. Il y a un éprouvé du besoin qui cherche l'assouvissement.
- **L'envie** est définie comme un sentiment mêlé d'irritation et de haine qui anime quelqu'un contre la personne qui possède un bien qu'il n'a pas. Elle implique la notion de rivalité de possession et de convoitise. L'envie a d'abord une signification biblique puisqu'elle fait partie des dix commandements dans le Décalogue : « Tu ne convoiteras pas la femme de ton prochain... »
Dans le sens commun, l'envie, en tant que phénomène psychologique, se rapproche du désir par la dimension du souhait qui devient impérieux dans sa réalisation et par l'excitation interne qu'il procure. L'envie de la femme enceinte en est un bon exemple. Les envies sont aussi ces petites peaux sur le pourtour des ongles que certains grignotent allègrement. Enfin, on donne le nom d'envie à cette tache cutanée (tache de vin, angiome) présente à la naissance et que l'on attribuait à une envie (de fraises ? de vin ?) de la mère pendant la grossesse.
- **Le désir** vient du latin *desiderare*, du privatif « de » et de *sidus*, l'astre. Cesser de voir l'astre, « chercher l'étoile », regretter son absence, donne au désir sa force dynamique pour retrouver l'objet de sa satisfaction, et implique la notion de manque largement utilisée dans la théorie psychanalytique.

Qu'est-ce que le désir sexuel ? _____

Le désir sexuel implique la notion de l'autre, à la différence de la pulsion qui est une force, une poussée très individuelle interne et inconsciente. Il est à distinguer aussi de l'excitation sexuelle et les relations entre désir et plaisir sont à explorer.

Si la sexualité est vivante depuis notre naissance, le désir sexuel se construit au fil de l'évolution libidinale, corporelle et des expériences de relation.

Si, pour le définir, nous nous appuyons sur ce qu'est le désir en soi, deux pistes s'offrent à nous. La première est la conception platonicienne, qui avec le mythe de

l'androgynie définit le désir comme manque. Mais cette conception ne suffit pas à donner toute sa dimension au désir sexuel, car le désir est aussi un mouvement de vie intrinsèque à chaque individu au sens du *conatus* de Spinoza. Si l'on ajoute à cela l'implication incontournable du corps, à la fois dans ses zones érogènes et dans sa globalité, ainsi que la nécessaire présence de l'autre, alors nous donnons au désir une forme qui nous accompagnera tout au long de notre vie et qui s'inscrit dans une évolution par les expériences à la fois imaginaires et corporelles acquises au cours de l'existence.

Ainsi une première approche permettra de distinguer chez telle ou telle patiente le manque de désir fondamental, « personnel », profond, très lié à des éléments inconscients et à un déficit ou à des carences de construction de la sexualité. Le manque de désir sexuel en lien avec le couple ou le partenaire (pratiques sexuelles, désamours...) peut aussi être consécutif à un changement dont les éléments déclencheurs sont plus facilement établis (grossesse et accouchement, deuils...), plus proches de la conscience et donc plus faciles à repérer et à prendre en charge, même si le déni fait souvent son œuvre !

Une anorexie du désir ?

La spécificité de ces femmes est qu'elles disent ressentir du plaisir, avoir des orgasmes, mais sont dans cette incapacité à initier le rapport. Elles en parlent en termes de besoin, voire d'envie (aucun besoin, pas d'envie), comme si elles n'avaient pas accès à la maturité du désir sexuel. Le plaisir n'est pas source de rebondissement de leur désir, comme si l'un et l'autre étaient séparés. Elles restent comme à un certain niveau, très immatures.

Nous allons voir maintenant ce qui peut être retenu du modèle anorexique pour les troubles du désir sexuel, dans un premier temps à travers l'évolution des idées relatives à l'éthiopathogénie.

Notons tout d'abord que pour l'anorexie comme pour les troubles du désir sexuel, nous retrouvons les mêmes oscillations au fil du temps entre organogénèse et psychogénèse.

C'est au ^{xix}^e siècle, avec Charcot, que s'articulent les premières conceptions pathogénétiques en rapprochement avec l'hystérie, utilisant comme mode thérapeutique privilégié la cure d'isolement. Les premiers travaux freudiens, « Un cas de guérison par l'hypnose », le cas Emmy, posent les bases d'une compréhension qui évoluera tout au cours du ^{xx}^e siècle. Le lien avec la sexualité se fait chez Freud dès 1895 à travers le parallèle avec la mélancolie, la perte d'appétit

survenant en même temps que la perte de la libido. Vers 1915, des travaux vont être menés à la fois sur le plan physiologique avec Simmons sur la cachexie hypophysaire en tant que déficience, et sur le plan psychanalytique avec Karl Abraham sur le rôle du sadisme oral et l'importance de la phase prégénitale initiale de la libido. En 1934, les chercheurs Meng et Grotte proposent un modèle qui favorise l'interférence du conflit inconscient et du métabolisme hormonal.

À partir des années cinquante, la théorie sur l'anorexie s'affine notamment avec la question du rapport au corps dans l'effacement des formes féminines, dans la suppression des notions intérieur — extérieur, dans la négation du corps et de ses besoins mais aussi à partir de la notion de plaisir relatif au refus de nourriture. Le rôle de la mère sera également mis en valeur par le mouvement psychanalytique de l'époque.

De son côté, Mélanie Klein insistera sur les fantasmes archaïques.

À partir de 1963, l'anorexie mentale devient une entité nosologie distincte et c'est en 1965, au Symposium de Göttingen, qu'elle se précisera à travers des recherches pluridisciplinaires de la façon suivante :

- l'anorexie mentale essentielle exprime une incapacité d'assumer le rôle sexuel génital et d'intégrer les transformations de la puberté ;
- le conflit principal se situe au niveau du corps et non de la fonction alimentaire ;
- la structure de l'anorexie mentale essentielle est différente de celle d'une névrose classique.

Dans les années soixante-dix, seront mis en évidence les aspects de la suractivité et de l'ascétisme de l'anorexique.

Si les troubles du désir accompagnent souvent l'anorexie alimentaire de la jeune adulte, soit dans son histoire passée, soit dans le présent (ce qui est une autre question), plusieurs « points de contact » peuvent servir de base et donner quelques pistes de compréhension et d'analyse du phénomène anorectique comme modèle pour les troubles du désir sexuel chez la femme :

- la question du rapport au corps ;
- la place de la séduction ;
- la place du rapport au plaisir et à la perception intéroceptive ;
- la relation du narcissisme et du rapport à l'autre ;
- le choix de la passivité ;
- l'angoisse et ses modes de défense ascétiques ;
- la place de la jouissance qui se manifeste à travers le refus ;
- la mise en place d'une relation de pouvoir et de contrôle la fois sur le corps dans sa fonction de plaisir, sur l'autre, et sur la sexualité du couple (comme l'anorexique sur le « nourrissage » de toute la famille) ;

- le refus d'introjecter l'autre : dans le cas de l'anorexique refus d'incorporer la figure maternelle vécue comme nourriture destructrice, dans le cas de « l'anorexie du désir » refus d'accueillir l'autre « vivant » et « en mouvement » en soi ;
- enfin la qualité de la relation transférentielle

La place du manque

Chez ces femmes, on peut s'interroger sur le fait qu'il n'y a pas de « manque » du manque... En ce sens, la notion d'*aphanisis* est centrale.

Rappelons tout d'abord que même si Jones a été le biographe de Freud, il a permis la remise en question de la théorie de la sexualité féminine en dénonçant la déformation due à une vision masculine. Il a donc ouvert la voie à toute une génération de psychanalystes femmes qui se sont opposées à la vision phallocentrique de la sexualité féminine.

Par ailleurs, il a élargi la notion de menace de castration à celle de crainte de perte de plaisir et de désir. Cette peur ne serait pas basée sur l'idée concrète de la castration du pénis mais de la peur de la destruction de la capacité d'obtenir une satisfaction. Il souligne l'importance de la fixation des pulsions à un niveau infantile qui produirait et retournerait cette crainte vers l'intérieur du sujet, lui interdisant tout accès au désir.

- il resitue cette peur au niveau des structures de personnalité, se traduisant chez l'obsessionnel par une crainte de l'esclavage, d'une perte de personnalité ou d'attaques anales, chez l'hystérique par la peur d'être dépassée par l'excitation ;
- cette crainte de l'absence de plaisir et de satisfaction se traduirait, en s'introjectant, par une anesthésie du désir sexuel s'étayant sur trois piliers : la haine, la peur et la culpabilité. La haine serait source de révolte, la peur et la culpabilité source d'inhibitions. La difficulté pour la prise en charge est que la plupart du temps ces trois versants ne sont pas clairement exprimés par les femmes qui nous consultent, le refoulement faisant ainsi son œuvre ;
- nous voyons que plaisir, amour, excitation sexuelle, pulsion sont autant de domaines à explorer dans une histoire singulière d'un désir sexuel anesthésié ou « en fuite ».

Le rôle du psychologue sexologue est donc d'accompagner en s'attachant à débusquer l'implicite dans l'explicite et en respectant le rythme de la patiente. C'est aussi pourquoi un certain temps de thérapie est nécessaire, d'abord pour bien clarifier le sens de ce manque de désir, à la fois pour cette femme dans son histoire sexuelle et pour son couple.

Quand la sexualité n'est qu'un « hameçon »...

Quand le désir s'efface après avoir été actif dans les premiers temps de la relation, le refus s'impose plus ou moins rapidement et bien souvent ce scénario se répète, d'une relation à l'autre...

Deux plans seront donc à explorer :

- la place et la valeur de la sexualité fonctionnelle source de plaisir et le sens du refus ;
- une sexualité fonctionnelle mais d'une certaine façon « intéressée », le but n'étant ni vraiment la recherche de plaisir pour soi, ni vraiment le partage, ni seulement la décharge, mais uniquement « capter » l'autre, se l'approprier et par là même se rendre indispensable. Se faire aimer, « ferrer » et garder l'autre restant l'unique but de la sexualité.

Ceci va d'ailleurs, dans le deuxième temps du refus, nourrir l'espoir du partenaire qui va mettre en œuvre des essais, puis de la patience, jusque dans le pire des cas, une sublimation qui peut prendre différentes formes et enfin un renoncement d'une sexualité active et épanouie. La « toute-puissance fascinante du non » (Marcelli, 2012) renvoie aussi à la façon dont ce « non » a été intégré par le tout petit enfant et surtout comment ses parents l'ont accueilli. Entre savoir dire « non », pouvoir dire « non », avoir le droit de le dire et s'opposer systématiquement (dire d'emblée « non » !), toute une palette de ce « si joli mot » va s'exprimer dans le refus face au désir sexuel. Les deux façons mises en évidence par Spitz de dire « non » pour l'enfant, de s'affirmer et de se construire face à l'adulte en se différenciant ou au contraire en s'identifiant à lui en tant qu'agresseur, dans des périodes différentes de son évolution, peuvent être un repère pour éclairer le sens du refus répétitif de toute relation sexuelle.

Le négatif prend alors la forme du refus sous différents angles :

- le déni du corps et des sensations ;
- la peur sous ses différentes formes : de l'autre, de l'intrusion, de l'inconnu, du lâcher-prise avec derrière le spectre de la mort, voire de la dissociation psychique ;
- la perte (mythe du « paradis perdu ») ou l'impossibilité d'accéder à ce qui est rêvé ou ce qui a été vécu dans les premiers temps de la relation ;
- l'impossibilité de la mise en place d'une relation d'intimité ;
- les processus d'annulation ;
- les idées reçues et les certitudes négatives avec auto-conviction.

Derrière ces formes se cache le sens et les travaux d'André **Green** peuvent nous éclairer à travers « la négation comme symbole permettant de s'affranchir

de la compulsion du principe de plaisir ». À partir des travaux de Freud et de la psychodynamique psychanalytique, il distingue, dans le travail du négatif, la négation comme opération de langage, le refoulement et le déplaisir.

Le processus de « négativation » concernerait la relation entre les pulsions, entre Éros et pulsion de destruction.

Les deux fonctions du refus sont donc une fonction structurelle et une fonction relationnelle, qui s'expriment par une forme de masochisme. Dans ce cas une partie de soi est érigée en nt (fonction structurelle), ou alors c'est l'autre qui est celui qui persécute par son désir (fonction relationnelle) : « Il se développe une sorte de paranoïa rampante... ressentie comme intrusion destinée à répéter une frustration éternelle aux manœuvres de l'autre... »

Quand on parle de masochisme, le sadisme n'est pas très loin... La relation s'installe alors à travers le refus sur un mode de revendication, de lutte pour un territoire...

« Un tel combat n'a pas pour but le partage du plaisir, mais la possibilité de trouver refuge dans le repli narcissique et l'autosuffisance. »

L'une des racines du travail du négatif dans la sexualité est celle de la dissociation du principe de « plaisir-déplaisir »... Ceci peut prendre la forme d'une recherche de non-déplaisir qui est d'abord un évitement voire une quête de tranquillité !

En troisième point, on peut noter le rôle capital joué par la dépendance et la quête d'indépendance du Moi par rapport à l'objet d'amour (Winnicott) dans les effets du travail du négatif dans la sexualité féminine. Le refus « de devenir (ou de rester !) le lieu de l'autre » (Schneider, 2004) peut être le signe de cette tentative d'indépendance.

Enfin, on ne peut laisser de côté les instances morales et moralisatrices qui font un travail de sape de façon souterraine.

Une fonction protectrice du refus et notamment à travers les mécanismes de défense

- **Sur un plan intrapsychique**, nous avons toujours à être très vigilants sur ce qui se trame derrière ces mécanismes de refus notamment en ce qui concerne la menace d'éclatement. Certaines patientes d'ailleurs l'évoquent très directement en craignant « l'explosion corporelle », le morcellement prenant parfois la forme d'un fantasme de vagin « sans fond », sans parois, sans forme contenant...
- **Sur un plan relationnel**, l'opposition peut être protectrice pour éviter la perte de soi dans l'autre, pour dire à l'autre quelque chose qui tiendrait soit du désamour, soit d'une relation impossible (œdipienne, incestueuse ou destructrice par exemple).

Alors, quand « J'ai mal à mon désir », c'est pour ces femmes tout un éventail qu'il faut déployer avec patience et rigueur, profondeur et attention, créativité et persévérance... pour retrouver leur propre étoile !

BIBLIOGRAPHIE

BOURDELLON G. et BOURNOVA K., (2012), *Impuissance et Frigidité*, Revue Française de psychanalyse, avril, Tome LXXVI

GREEN A., (1993), *Le travail du négatif*, Les éditions de Minuit.

MARCELLI D. (2012), *Le règne de la séduction*, Paris, Albin Michel.

MIGNOT J., (2012), *NON ! Le travail du négatif dans la sexualité féminine*, Revue Sexualités Humaines, N° 12.

SCHNEIDER. M. (2004), *Le paradigme féminin*, Paris, Flammarion.

SPITZ, R.A., (1963), *Le non et le oui*, Paris, Puf.

27

QUAND LE DÉSIR NE REVIENT PAS... TROUBLES DU DÉSIR DU POST-PARTUM

NOMBRE DE FEMMES datent l'apparition de leur difficulté de désir sexuel après une grossesse. Qu'elles soient primipares ou multipares, que le désir s'évanouisse après la première naissance ou après plusieurs, cette « perte » a inévitablement des conséquences sur la sexualité du couple. Que ce soit en terme de baisse de fréquence, de qualité de rapport ou de refus total d'accès au corps, l'expression de cette baisse du désir pouvant aller jusqu'à sa disparition totale prend sens dans une histoire de femme, une histoire de mère, une histoire de couple. Si la dimension relationnelle avec le conjoint est essentielle, la dimension intrapsychique et ses remaniements liés à la grossesse et à l'accouchement s'inscrivent dans l'après grossesse parfois sur du long terme.

La reprise d'une sexualité de plaisir se fait attendre dans un contexte qui est celui d'un réaménagement global de la vie du couple.

Sabrina, une jeune maman « en panne »

Sabrina a 33 ans. Petite brune aux yeux verts, elle annonce en première intention un « problème de libido ». Elle parle immédiatement de la réduction mammaire qu'elle a décidée à l'âge de 20 ans. Elle se plaint alors que ses seins ne sont pas

parfaits (un plus haut que l'autre) mais qu'elle est de toute façon mieux qu'avant avec « mes trop gros seins ».

Elle est en couple depuis quinze ans et elle et son mari étaient tous les deux vierges lorsqu'ils ont eu leur première relation sexuelle. Ils ont donc découvert la sexualité ensemble. Il y a 6 mois naît leur petit garçon, Tom, et depuis l'accouchement elle n'a plus aucun désir sexuel.

Du début de leur relation, elle décrit deux choses : « Au début, on faisait l'amour frénétiquement », et : « J'avais besoin d'être remplie. »

Trois ans après le début de leur relation, il est parti avec une autre pendant quelques mois puis le couple s'est à nouveau lié. Elle dit avoir pu tourner la page, avoir grandi et s'être jetée alors dans son travail d'éducatrice. Sabrina souhaite alors avoir un enfant, construire une famille, ce qui n'est pas le cas de son compagnon qui finit par accepter. « Nous ne sommes pas mariés car Monsieur n'est pas prêt ! » Pendant la grossesse, elle n'a pas eu de désir du tout. « Tant qu'il y a de l'amour, je n'ai pas besoin de sexualité. »

Par contre, elle a toujours eu des orgasmes et du plaisir vaginal et clitoridien mais « Je n'aime pas me masturber »...

Ceci la fait rebondir sur la lignée maternelle : une grand-mère suffragette dont elle sait qu'elle a été enceinte jeune et a avorté, qui a toujours insisté sur la nécessité du consentement vis-à-vis de l'homme, une mère moralisatrice et angoissée qui l'a élevée avec la peur qu'elle tombe enceinte et qui reste très présente dans sa vie, dont elle souhaiterait « qu'elle se taise ». Elle tente désespérément de la mettre à distance depuis la naissance de Tom, prenant conscience de son emprise depuis sa grossesse. Toutes trois sont enfants uniques.

L'accouchement douloureux par voie basse avec, dit-elle, une « déchirure », a été suivi de difficultés comme des fuites urinaires pour lesquelles elle a fait de la rééducation, des crises hémorroïdaires, des saignements... Elle n'a pas allaité. La reprise de la sexualité a eu lieu deux mois après la naissance... « Pour lui faire plaisir »...

Elle porte à son cou le portrait gravé de son bébé sur une plaque qu'elle ne cesse de caresser pendant tout l'entretien...

Que dit Sabrina au psychologue sexologue ?

Son symptôme d'appel se manifeste comme un trouble du désir d'allure secondaire. Elle parle d'emblée en terme de « libido » comme si ce courant d'énergie sexuelle était défaillant, assez déconnecté du reste de la dimension relationnelle du désir. Sa demande arrive après la naissance d'un garçon, un peu comme si elle cherchait à retrouver une énergie perdue.

Ce qui apparaît de l'histoire de son symptôme, c'est que déjà pendant la grossesse sa « libido » n'était plus opérante. La sexualité semble pour Sabrina être somme toute assez opératoire, pulsionnelle, avec une fonction de comblement exprimée en terme de besoin (sensation d'être remplie) voir de prise de possession du

phallus. On peut supposer que cette « frénésie » somme toute assez courante au début d'une relation, quête de plaisir qu'elle est capable de ressentir, masque une sexualité exclusivement tournée vers la fusion. Il s'agit de sa première expérience sexuelle comme pour son compagnon d'ailleurs, et leur apprentissage se fait donc conjointement jusqu'au jour où lui cherche d'autres expériences.

Aujourd'hui la situation-problème purement sexologique s'exprime en termes d'absence et de disparition du désir et la dynamique actuelle du couple s'inscrit pour elle essentiellement dans la sphère affective.

De son histoire personnelle, nous retiendrons son inscription dans une chaîne générationnelle maternelle extrêmement présente, une grand-mère et une mère sans doute en conflit qui lui ont transmis des messages contradictoires : entre liberté et culpabilité, entre rejet de l'homme et conséquences difficiles (l'avortement) d'une relation sexuelle. Le poids des interdits est donc lourd d'autant plus que les projections maternelles semblent ignorer la contraception et l'évolution de la condition de la femme, sans doute en opposition à la grand-mère qui elle s'est battue pour cela. Son histoire de fille et de petite fille conditionne donc grandement son histoire de femme et de mère. Le père n'apparaît pas dans le premier entretien. Elle décrira plus tard un père affectueux, brimé par sa femme et finalement assez gratifiant narcissiquement pour sa fille, lui disant qu'il était mal à l'aise quand les hommes regardaient ses seins. La dimension œdipienne reste très présente et mal résolue. Elle accède d'une certaine façon par l'opération de chirurgie au désir du père de ne plus être troublé par sa fille.

Sa fonctionnalité sexuelle s'est construite sur un mode pulsionnel de décharge d'excitation sans élaboration et elle reste dans une immaturité sexuelle et une culpabilité entretenue par une intrusion maternelle permanente et un conflit de loyauté dont elle tente de se défaire.

Son rapport au corps reste difficile dans sa dimension érotique et son rapport à son image a nécessité une restauration par la chirurgie esthétique. Son corps s'exprime surtout après son accouchement par des douleurs qui auront du mal à céder.

Dans son couple, elle privilégie le courant tendre et dissocie sexualité et affects. Elle a su dépasser les écarts de son compagnon et attendre (presque 15 ans) qu'il soit prêt pour devenir père. Elle privilégie également une attitude adaptative voire masochiste, pour le plaisir de l'autre... Ceci dit, on perçoit une agressivité rentrée vis-à-vis de son compagnon qui, dit-elle, « est dans la vengeance ».

La dimension psychique s'inscrit dans un lien encore très fusionnel à son enfant qu'elle ne quitte pas, (le geste) même pendant l'entretien.

Les éléments inconscients qui émergent sont notamment ceux d'un Surmoi maternel très présent, d'un Moi rationalisant et plutôt adapté, d'un Ça qui apparaît plutôt sous forme d'une ambivalence œdipienne.

Le monde imaginaire reste pauvre. Ses mécanismes de défense sont la sublimation et les rationalisations. Ses associations restent concrètes, peu imaginatives, et sa capacité à donner du sens reste limitée dans une capacité d'insight superficielle.

En revanche, il semble que l'état de grossesse lui a fait prendre conscience de sa relation à sa mère ou tout au moins de son refus de se laisser envahir par sa toute-puissance, en contradiction avec son désir de ne pas la blesser.

La question est de savoir si cette perte du désir était déjà présente avant sa grossesse. Il est probable que sur le socle d'une sexualité mécanique plutôt opérante et basée sur l'excitation au début, le sens (même très simpliste) de la relation sexuelle se soit perdu au fil du temps et que la grossesse soit venue là pour « remplir » ce ventre devenu celui d'une mère, oblitérant complètement la recherche de plaisir érotique et donc mettant à distance le désir pour l'autre. Le passage douloureux de l'accouchement et ses conséquences dans le concret du corps, les difficultés du couple marquées par une agressivité passive, l'émergence de l'ambivalence face à la mère diabolisée rendue possible par la modification psychique en cours de grossesse, la mise en évidence d'une dimension œdipienne massive, l'expression de la pulsion de mort vis-à-vis de la mère en parallèle avec la vie dans son propre corps, ont permis sans doute que le questionnement et la demande émergent...

Transparence psychique et opacité du désir

Une demande sexologique n'arrive jamais par hasard ni même pour rien, et encore moins à n'importe quel moment. La grossesse et l'accouchement sont des périodes de bouleversements psychique et physique intenses.

De la « préoccupation maternelle primaire » (Winnicott, 1956) qui permet à la mère de capter les signaux de son nouveau-né par son attention extrême, on arrive à la notion de « transparence psychique de la femme enceinte » (Bydlowski, 1991) qui inaugure un fonctionnement psychique marqué par un abaissement des résistances habituelles, une sensibilité exacerbée, une plasticité accrue des représentations mentales permettant l'émergence de souvenirs refoulés jusqu'à celui de sa propre condition de bébé.

« La plupart vivent un certain retrait du monde extérieur : l'activité professionnelle est en perte de vitesse ainsi que les relations affectives, même passionnelles. Elles montrent un état relationnel particulier, un état d'appel à l'aide permanent, ambivalent tout comme à l'adolescence. Également une authenticité particulière du psychisme, un certain radicalisme qui évoque aussi l'adolescence. Et ces femmes établissent sans

gêne une corrélation évidente entre la situation de gestation actuelle et les remémorations du passé.¹ » eMMY

Les peintres de la renaissance ne s'y sont pas trompés : le regard des madones enceintes, oblique, comme tourné vers l'intérieur, illustre ce mouvement psychique qui va également être constitutif du psychisme de l'enfant.

Quelle place alors pour le désir sexuel ? Comment laisser la place au désir sexuel et donc à l'investissement érotique en tant que femme dans ces conditions ?

Cela dépendra bien sûr de la façon dont celui-ci a pris place dans la vie de cette femme et sera différent d'une femme à l'autre. Dans le cas de Sabrina, la dimension pulsionnelle, centrée sur l'excitation des débuts n'ayant pas eu l'occasion d'évoluer vers un désir plus construit et plus mature pour de multiples raisons, l'investissement psychique s'est massivement tourné vers l'enfant en devenir. La sexualité a donc complètement disparu pendant la grossesse et cet état de fait a perduré dans les mois suivants. L'hypothèse est que cette « transparence psychique » continue son œuvre après l'accouchement, faisant à la fois émerger des éléments refoulés, perpétuant le « regard intérieur » sous forme d'une focalisation tournée vers l'enfant une fois né, surinvestissant le rôle de mère, privilégiant la fusion et finalement rendant le désir sexuel « opaque » et « occulté. »

« Ce n'est qu'à partir du moment où l'enfant sera investi comme « objet externe » que le désir sexuel pourra éventuellement revenir. »

Transparence psychique de la femme enceinte qui n'a pas les mêmes effets pour toutes et qui s'exprimera différemment suivant chaque histoire, qui a fait dire à une de mes patientes : « J'ai l'impression que cet enfant, dans mon ventre, est à tout le monde... » Sentiment d'universalité dans la procréation, jolie façon aussi pour elle de se dégager de « l'envahisseur ». Elle a gardé d'ailleurs son désir sexuel intact pour son mari et une sexualité active.

Mais cela est une autre histoire...

1. <http://www.maman-blues.fr> — « La vie psychique de la femme enceinte ». Site non médical de soutien, d'écoute et de conseils dans le cadre de la difficulté maternelle.

BIBLIOGRAPHIE

BYDLOWSKI, M. (1991) « La transparence psychique de la grossesse », in *Études freudiennes*, 32, 2-9.

BYDLOWSKI, M. (2000), *Je rêve un enfant. L'expérience intérieure de la maternité*, Paris, Odile Jacob.

LEBOVICI, S. (1994), *En l'homme, le bébé*, Paris, Flammarion.

GOLSE B., Bydlowski M., (2001), « De la transparence psychique à la préoccupation maternelle primaire. Une voie vers l'objectalisation », *Carnet/Psy*, n° 63, p. 30-33.

SIKSOU, J. et Golse, B., (1991), « L'ancrage corporel des systèmes de symbolisation précoces », *Devenir*, 3, 2, 63-71.

WINNICOTT, D.W., (1956), « La préoccupation maternelle primaire », in *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris, Payot, « Petite Bibliothèque Payot » 1975, 168-174.

28

« SOMMES-NOUS COMPATIBLES ? » : LES ATTENTES DANS LE COUPLE ET LEURS AMÉNAGEMENTS

*« Le plus grand obstacle à la vie est l'attente,
qui espère demain et néglige aujourd'hui. »*

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

ARRÊTONS-NOUS quelques secondes sur cette pensée de Sénèque. Ne s'adapte-t-elle pas parfaitement à la vie de couple ? Si l'attente a cela de particulier d'être tournée vers l'autre, elle s'enracine dans le vécu de chacun des membres du couple et elle colore, parfois sans nuances, à la fois la rencontre dans son immédiateté, dans un espace-temps fondateur, mais aussi dans ce qu'elle a de plus profond, la rencontre constructive entre deux êtres.

Trois voies de réflexion s'ouvrent au psychologue sexologue qui reçoit la demande d'un couple :

- **une phénoménologie de l'attente** qui va s'appuyer sur la question des orientations de l'attente : attendre quoi, pourquoi attendre, quels sont les différents types d'attentes et quelle en est la nature pour l'individu ;

- **la mécanique des attentes dans le couple** en distinguant les attentes conscientes dans le rapport à l'attention à l'autre et les attentes inconscientes à partir de la question des alliances ;
- **la question de la différence** qui trouve un terrain particulièrement sensible dans la dynamique du couple.

Enfin nous verrons comment ces attentes ont à la fois un impact sur le moment particulier de la rencontre mais aussi sur la vie du couple dans une construction pérenne, ainsi que les matériaux issus des attentes permettant cette construction.

Évaluer ces attentes, qui s'expriment aussi dans le moment de crise pour un couple en demande de thérapie, reste une étape incontournable pour mener à bien une thérapie de couple.

Phénoménologie de l'attente

Dans son sens premier, l'attente est une action où l'accent est mis sur l'écart temporel qui sépare le moment où un sujet est dans un lieu et l'arrivée de quelqu'un ou de quelque chose.

Le facteur temps est donc essentiel en particulier en tant que suspension.

Dans un sens second, c'est l'action de compter sur quelque chose ou sur quelqu'un qui se dégage, mettant en valeur la relation.

Plusieurs corollaires de l'attente se dégagent ainsi et interagissent : l'espoir qui la nourrit, la déception, l'incertitude, le doute, l'impatience, et sous-jacente et plus ou moins consciente, la poussée du désir. Elle peut être passive, voire vaine, contraire à la raison mais aussi active si on considère comme Mounier qu'elle est un « arrêt de la conscience » où la pensée reste en rapport avec l'action en tant qu'intermédiaire actif.

L'attente peut aussi avoir plusieurs tonalités émotionnelles : anxieuse, désespérée, dévorante, exaspérante, fébrile, résignée, mais aussi merveilleuse, nostalgique, passionnée... On peut aussi la tromper...

Sous toutes ses formes, elle appelle une réponse, elle demande à être comblée. Elle se décline « en file » mais aussi « en phase » et « en délai » et enfin, celle que nous connaissons bien... « en salle » !

Les chirurgiens reconnaîtront la ligature d'attente et les architectes la pierre d'attente, particulièrement intéressantes pour nous en ce qu'elles évoquent et appellent le complément qui permettra d'achever le travail, par exemple pour la pierre d'attente, appui du mur à construire ultérieurement.

Pour ce qui est du couple, les attentes ont différents visages et elles forment le maillage sous-jacent à la rencontre :

- d'abord les **attentes dites évidentes** : physique, âge, traits de caractères, niveau intellectuel, goûts, passions... En un mot tout ce qu'on peut trouver sur le listing de n'importe quel site de rencontres ;
- viennent ensuite les **attentes concernant les conduites** : elles conditionnent souvent les rôles dans le couple en s'appuyant sur des modèles, par exemple sur le modèle (ou le contre-modèle) parental ;
- les **attentes au niveau des valeurs** ;
- les **attentes qui ont à voir avec le modèle et l'avenir du couple** : la question de la liberté, l'engagement, le mariage... ;
- les **attentes affectives et sexuelles** et leurs priorités respectives, mettant en évidence la place de la tendresse et de la pulsion ;
- les **attentes au niveau des comportements et activités purement sexuels**, pour soi-même et pour le couple.

À titre d'exemple et pour ce qui concerne le lien entre les attentes positives et les réactions sexuelles, l'étude de Wilson (1978)¹ confirme leur rôle déterminant. Dans cette étude, on a pu constater que des hommes à qui on avait fait croire qu'ils avaient consommé de l'alcool montraient une plus grande réactivité sexuelle à des stimuli que ceux croyant avoir bu du soda non alcoolisé. Ainsi, les attentes de ces hommes manipulés artificiellement ont pu influencer l'activation sexuelle soit par la croyance que l'absorption d'alcool a un effet désinhibiteur en réduisant l'anxiété, soit que l'intensité de l'attente facilite la perception sensorielle.

Ainsi la nature des attentes dans le couple s'appuie pour beaucoup sur des croyances plus ou moins conscientes mais souvent bien ancrées.

Pour continuer sur les théories psychologiques de l'attente, citons les travaux de **Tolman** qui déjà en 1930 défend l'idée du médiateur entre le stimulus et la réponse en introduisant dans la pensée behavioriste pure et dure le « concept d'attente » (expectation), affirmant ainsi le rôle prépondérant de la cognition donnant naissance à la théorie sociale cognitive dont les trois principes de bases sont :

- la conséquence de la réponse (récompense ou punition) influence la probabilité de la reproduction du même comportement (concept purement behavioriste) ;

1. Wilson T.G., *Cognitive Behavioral Approaches to Sexual Problems*, BMA, Audio cassette, Guilford publication.

- les êtres humains apprennent par observation et imitation mais ils peuvent aussi apprendre en participant personnellement à cet apprentissage ;
- enfin cette observation est liée à une identification qui se fait en fonction de l'évaluation du niveau de similarité entre les deux personnes mais aussi en fonction du niveau d'attachement.

Bandura précisera encore cette théorie en y ajoutant les notions d'apprentissage vicariant mais surtout de « dynamique triadique », dans une série d'interactions entre facteurs personnels, comportement et environnement dans un processus bidirectionnel :

- **interactions entre individu et comportement** : les attentes d'une personne façonneront et dirigeront le comportement, qui activé affectera par la suite pensées et émotions ;
- **interactions entre environnement et caractéristiques personnelles** : les attentes (ainsi que les croyances et les compétences cognitives) sont développées et modifiées par les influences sociales et les structures physiques de l'environnement ;
- **interactions entre le comportement et environnement** : les individus agissent non seulement sur leur environnement mais en sont le produit.

Cinq capacités fondamentales vont alors caractériser l'individu dans ses comportements et en particulier dans ses attentes :

1. la **capacité symbolique**, c'est-à-dire les images mentales, les représentations, les mots permettent de donner du sens et de la continuité aux comportements en élaborant des processus de résolution de problèmes ;
2. la **capacité vicariante**, qui fait référence à l'habileté à apprendre à partir de l'observation, apprentissage régulé lui-même par quatre processus : l'attention, la rétention, la reproduction et la motivation ;
3. la **capacité de prévoyance**, qui fait référence à la capacité que peut avoir un individu à se motiver et à guider ses actions par anticipation des résultats, l'attente faisant référence à l'évaluation des conséquences avec capacité de régulation ;
4. la **capacité d'autorégulation**, c'est-à-dire le contrôle des standards sociaux et moraux de l'individu, fortement lié au niveau de motivation qui est lui-même déterminé par trois facteurs fondamentaux : le sentiment d'auto-efficacité, la capacité de feed-back qui permet d'ajuster, et enfin l'anticipation du temps, facteur très actif dans le mécanisme des attentes.
5. enfin la **capacité d'auto-analyse**, qui permet l'adaptation.

Mécanique des attentes dans le couple

*« Si on bâtissait la maison du bonheur,
a plus grande pièce serait la salle d'attente. »*

Jules RENARD

◆ Deux types d'attentes : conscientes et inconscientes

Préciser les attentes de chacun et les attentes du couple est un des premiers pas de la prise en charge. Celles-ci prennent plusieurs visages et il est indispensable de les préciser lors des premiers entretiens :

- les attentes pour soi-même ;
- les attentes orientées vers l'autre, attendre de l'autre (les plus évidentes) ;
- les attentes pour le couple.

Aider à la formulation de ces attentes conscientes permet de poser le cadre, d'envisager plus clairement le processus thérapeutique et de se mettre d'accord sur l'objectif à atteindre. Elles donnent aussi des indications sur le degré d'insight de chacun des partenaires du couple. Par exemple, quand les attentes sont uniquement orientées vers l'autre, elles façonnent la relation en introduisant les notions de pression, d'insatisfaction, de reproches, de culpabilité. À l'inverse, si elles sont exclusivement tournées vers soi, elles peuvent être de culpabilité, avec le sentiment de ne pas être adéquat dans la relation, et ce quelle que soit la nature de l'attente, sexuelle, affective ou comportementale.

Les attentes avancent masquées...

Elles sont donc une construction avec une part visible et une part cachée. Sans oublier que, comme le train, une attente peut en cacher une autre. Par exemple, une attente de rapports sexuels très rapprochés et qui ne tiennent pas compte du désir de l'autre peut cacher une attente fusionnelle liée à une peur de l'abandon. À l'inverse une attente démesurée de tendresse et d'attention permanente peut cacher une attente (tentative) irréalisable de retour aux relations primaires. Si on se place dans une perspective systémique et que l'on considère le couple comme « réalité complexe », les attentes font partie de la circularité du système. Elles s'appuient sur des croyances mais aussi sur l'expérience de vie de chacun des partenaires. Elles sont à la fois un des éléments fondateurs de ce qu'on appelle le « mythe du couple » et interviennent dans la pérennité ou la rupture du lien.

28. « Sommes-nous compatibles ? » : les attentes dans le couple...

Trois composantes qui forment ce « mythe du couple » :

1. le mythe personnel de chacun, résultat de son vécu émotionnel dans sa propre famille ainsi que les modes de fonctionnement du couple parental, constitue le squelette des futures attentes par rapport au couple ;
2. l'histoire de cette famille et l'aspect transgénérationnel ;
3. ce que le couple, au moment de la rencontre, va lui-même faire de cet héritage qui échappe en partie à sa conscience.

Sur un plan théorique, citons les travaux de Caillé qui parle « d'absolu du couple », et de Robert Neuburger qui utilise le terme de « mythe fondateur ». Alberto Eiguer parle du mythe du couple en tant que « carrefour entre le passé et l'avenir ».

Les attentes conscientes et inconscientes vont jouer un rôle important dans la qualité de ce mythe. Par exemple, plus elles sont puissamment ancrées dans les familles d'origine des deux individus, plus le mythe du couple va être lui aussi rigide et aura du mal à s'adapter aux exigences évolutives.

◆ Le lien

Étudions la mise en perspective des attentes conscientes et inconscientes à travers le lien avec en particulier le modèle de « l'alliance inconsciente » de René Kaës. Dans un très récent livre datant de 2009, le psychanalyste éclaire « l'accord amoureux » au sens d'accorder et de s'accorder, les attentes pouvant être considérées comme certaines de ces « cordes » qui lient et qui tissent la relation, accord fondé à la fois sur le narcissisme dans ce qu'il renvoie aux processus primaires mais aussi sur une reconnaissance de l'altérité. Alberto Eiguer avait lui-même dès 1983 caractérisé ces liens amoureux narcissiques ou objectaux par le qualificatif de symétriques ou complémentaires.

Trois dimensions donnent une place toute particulière au jeu des attentes de chacun dans le couple :

1. le **Nous** (Lemaire, 1994), comme « un ensemble constitué qui se maintient dans une homéostasie de plus en plus indépendante des variations de chaque sujet » ;
2. le **projet vital** (Berenstein et Puget, 1986), caractérisé par l'écart, et la tension qui en découle, entre les désirs de chacun des partenaires et leur réalisation grâce à la relation de couple ;
3. la **présence à soi et à l'autre** (Minolli et R. Coin, 2006), présence qui n'est pas la seule affaire de la proximité, mais celle de la capacité de don et d'abandon de l'emprise. Les auteurs de « S'aimer en aimant », M. Minolli et R. Coin, définissent la relation de couple à l'aune même des attentes inconscientes de chacun qui

président la rencontre : le couple est d'abord un investissement psychique duel et partagé sur la stabilité d'une union fondée sur des liens de nature sexuelle et affective qui suppose un ajustement, une « coïncidence » suffisante entre les désirs et les attentes qui en sont la manifestation, qui fondent l'accord. « S'aimer en aimant » renvoie à l'alliage si instable de l'amour de soi et de l'amour pour l'autre, mais néanmoins nécessaire pour que naisse l'alliance, renvoyant à l'alchimie de cette transformation du plomb en or.

◆ Attentes et attention

Cette présence à soi et à l'autre implique l'attention. Ce mouvement psychique particulier et orienté va permettre aux partenaires d'être à l'écoute de la différence mais aussi de faire avec celle-ci. Attentes et attention à l'autre et à soi-même devront procéder d'une même mécanique pour que le couple puisse dépasser l'exigence des attentes trop rigides ou trop exclusives.

En cela, nous pouvons suivre le conseil de Pierre Desproges qui propose : « Pour rester belle, si vous avez les seins qui tombent, faites-vous refaire le nez, ça détourne l'attention. »

Similarité et différence des attentes : Impact sur la rencontre

Nous le savons, le choix du conjoint ne se fait pas au hasard. Nous savons aussi que le moment précis de la rencontre, qu'il soit qualifié de coup de foudre ou non, est suivi d'une phase de lune de miel dont la particularité est l'aveuglement et l'idéalisation de l'autre. Ainsi, si les attentes semblent s'imbriquer parfaitement au début, il semble que c'est à partir du moment où elles s'expriment dans la différence qu'il va y avoir réaménagement de la relation, que les tensions, les souffrances vont apparaître, que le conflit va mobiliser le couple.

Plusieurs cas de figure sont possibles :

- les attentes se révèlent trop éloignées, trop différentes dès le début et la relation ne peut pas se construire. En cela l'impact sera fatal ;
- l'illusion fait son œuvre en s'appuyant sur des attentes évidentes (le physique par exemple) et les véritables attentes sont différées ;
- les attentes sont irréalistes ou trop centrées sur le fantasme ;
- les attentes sont différentes mais « négociables » ;
- les attentes sont différentes mais « non négociables », d'où conflit ;
- les attentes sont similaires mais décalées dans le temps ;

- les attentes sont les mêmes en nature et en temps de réalisation.

L'homogamie : un modèle sociologique de construction du couple

Les dernières études (Bajos et Bozon, 2008) sur le phénomène d'homogamie, tendance des humains à s'accoupler selon leur ressemblance, sont en cela très parlantes :

Types d'homogamies :

- l'homogamie géographique ;
- l'homogamie sociale ;
- l'homogamie socioprofessionnelle ;
- l'homogamie culturelle ;
- l'homogamie liée à l'âge ;
- j'ajouterais l'homogamie sexuelle.

On peut se demander dans quelle mesure le degré d'homogamie est en lien avec les attentes.

Traiter des attentes en thérapie de couple

◆ Si le couple est un microcosme...

Dans son livre *La Rencontre amoureuse* (2009), Quentin Debray nous propose une métaphore du couple en tant que microcosme. Il évoque à la fois

- les dispositions particulières qui permettent aux partenaires de mieux se comprendre ;
- le matériel commun aux deux, une sédimentation d'éprouvés et de souvenirs « qui assure la communication ».

Il aborde les attentes dans la troisième partie du livre, sous l'angle de la déception qui fait partie de la vie du couple mais qui renvoie aussi chacun à son rapport à l'idéal.

Outre leur nature liée à l'histoire de chacun mais aussi au désir, les attentes ont leur caractère : rationalisant, défensif, irréaliste, magique, salvateur, protecteur... Et en cela elles ne sont pas statiques. Elles sont évolutives. Leur caractère dynamique oriente la rencontre puis la relation dans ses différents aspects : réels, symboliques et imaginaires. Ce caractère dynamique s'inscrit dans du « même » ou au contraire dans du différent. De la capacité d'accepter cette différence, voire d'y puiser de nouveaux horizons, dépendra aussi l'avenir du couple.

Lorsqu'un couple fait une demande de thérapie, il est primordial de s'assurer que les deux partenaires sont en accord avec la démarche.

Permettre au couple de formuler à la fois les attentes individuelles et pour le couple sera une des premières étapes à franchir dès les premières consultations.

Il sera nécessaire de permettre cette expression face à l'autre, d'évaluer les attentes de chacun, d'en éclaircir la nature, d'en comprendre les rôles et les mécanismes, de les confronter aussi afin de donner sens au projet thérapeutique.

« Le couple est en effet fantasmatiquement vécu par ses deux membres non seulement comme un corps vivant matriciel mais également investi comme un être vivant en croissance qui a des besoins vitaux, psychiques et fonctionnels à satisfaire et qui traversera inévitablement des périodes critiques mutatives et maturantes : il respire, doit respirer ; il doit être nourri, on doit le nourrir ; il doit bouger, se mobiliser, évoluer, mûrir » (Smadja, 2012).

BIBLIOGRAPHIE

BERENSTEIN I. et Puget J., (1986), *Le socle inconscient du couple*, GRUPPO

DEBRAY Q. (2009), *La rencontre amoureuse*, Le cavalier bleu.

DUPRÉ LATOUR M., (1993), *Narcissisme et thérapie de couple*, Revue Dialogue, 4e trimestre, Inist diff.

EIGUER A. et Coll., (1991), *La thérapie psychanalytique du couple* Paris, Dunod,

EIGUER A., (2008), *Jamais Moi sans toi*, Paris, Dunod.

JEAMMET N., (2005). *Amour, sexualité, tendresse, la réconciliation ?*, Paris Odile Jacob.

KAËS R., (2009). *Les Alliances inconscientes*, Paris, Dunod.

LEGRAND B., (2007), *Le doute en thérapie de couple*, Revue Dialogue, 4e trimestre, Inist diff.

LEMAIRE J. (1994), *Le couple, sa vie, sa mort*, Payot, Paris

MERCIER M., *Les alliances inconscientes dans le couple*, Journal des psychologues N° 271, p. 55-59.

MINOLLI M. et Coin R., (2006), *S'aimer en aimant*, Roma

MOUNIER (1946), *Traité du caractère*, p. 666.

ONNIS L., Dentale R.C., Laurent M., Benedetti P., Squitieri, A, *L'histoire de Calimero : une approche trigénérationnelle de la thérapie de couple*, Revue, Psicobiettivo, sept.-déc. 1995, N° 3, p. 87-96, Inist diff

SMADJA E. *La notion de travail de couple*, in, Le couple, Histoires et conflits, Hors série du journal des psychologues, Juillet Août. 2012

ROBION J., *La mer ou la montagne ? Du conseil conjugal à la thérapie de couple*, Revue Dialogue, 2004, 4e trimestre, Inist diff.

ROBION J., *La demande de sens*, Revue Dialogue, 2004, 2e trimestre, Inist diff.

WILLI J., (1982), *La relation de couple*, Delachaux et Niestlé.

28. « Sommes-nous compatibles ? » : les attentes dans le couple...

ADAPTATIONS, COPING ET COUPLE

Cyril Tarquinio

Question d'adaptation...

L'observation et l'étude des comportements humains face à des événements difficiles ou éprouvants de la vie, ont depuis longtemps retenu l'attention des cliniciens et des chercheurs. La question de savoir comment les individus réagissent, font face et s'adaptent à des situations négatives est d'une grande importance d'un point de vue psychologique et social. Les troubles ou les difficultés de couple, qu'elles soient sexuelles ou non, peuvent relever de ce registre. D'où l'intérêt d'intégrer la question de l'adaptation dans la problématique sexologique et plus largement dans la problématique du couple.

On pourra rapidement s'entendre sur le fait que l'adaptation correspond à un équilibre et à la façon dont cet équilibre s'établit et se fait entre les actions de l'organisme sur le milieu ; mais aussi entre les actions du milieu sur l'organisme. Lorsque l'individu agit sur le milieu, il se modifie et en retour lorsque le milieu se transforme, il impacte l'individu qui par nécessité se modifie aussi. On est ainsi confronté à un processus dynamique de changement qui mobilise les capacités d'un individu à réagir aux stimulations externes et/ou internes, aux contraintes et aux conflits, en cherchant à réduire ou à éliminer leurs conséquences défavorables par des

ajustements divers. La finalité : survivre et créer un nouvel équilibre compatible avec cette survie.

S'il existe plusieurs notions avoisinantes pour désigner un ensemble de moyens et de stratégies psychiques et comportementales déployées par les individus pour faire face à un problème et contrôler ou atténuer son impact, nous avons retenu ici la notion de coping, que nous envisagerons en lien avec la vie de couple.

Définir le coping !

Au sens large, ce concept désigne la manière dont on fait face à une situation difficile en faisant appel à diverses formes d'ajustement. Le terme apparaît en 1966 et renvoie à un ensemble de stratégies mises en œuvre pour affronter des situations difficiles ou des événements stressants (Lazarus et Folkman, 1984). Les principales stratégies de coping sont centrées soit sur la recherche de solutions au problème, soit sur l'émotion, soit sur la recherche de soutien social. Certaines stratégies sont efficaces et fonctionnelles, alors que d'autres sont dysfonctionnelles. Selon Bruchon-Schweitzer (2002), « une stratégie de coping est efficace (fonctionnelle) si elle permet à l'individu de maîtriser la situation stressante et/ou de diminuer son impact sur le bien-être » de l'individu. Plusieurs études confirment la nocivité du coping centré sur l'émotion pour faire face au stress professionnel, car il induit l'insatisfaction professionnelle et des états dépressifs. Un coping centré sur le problème s'avère plus fonctionnel. Toutefois, il n'existe pas a priori de coping adapté ou inadapté, une stratégie pouvant être efficace dans une situation et inefficace dans une autre situation.

Le terme de coping figura pour la première fois dans le *Psychological Abstracts* en 1967 et y est défini comme relevant des mécanismes de défense facilitant l'adaptation. Ultérieurement, le coping a été l'objet d'une conceptualisation plus spécifique pour désigner « l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux constamment changeants, destinés à maîtriser, réduire ou tolérer des impératifs spécifiques internes ou externes qui sont perçus comme menaçant ou dépassant les ressources d'un individu » (Lazarus et Folkman, 1984). Cette définition marque un changement dans la façon d'aborder la réaction des individus confrontés à des problèmes, car la réponse est envisagée en termes de processus de changement actif qui caractérisent la façon dont il va gérer la situation.

La notion de coping, largement utilisée aujourd'hui, se réfère à la théorie cognitive du stress et est considérée comme un modérateur des processus qui affectent la relation entre un événement stressant et les ressources dont dispose un individu pour lui faire face.

Divers modèles du coping ont été élaborés ; ils portent pour la plupart d'entre eux sur des facteurs considérés comme facilitateurs du coping. Un premier type d'approche aborde le coping en tant que mécanisme de médiation influencé par le soutien social et la contrôlabilité, le soutien social étant le fait que les événements soient perçus comme contrôlables ou non, comme des sortes de tuteurs du coping. Le modèle de Valentiner *et al.* (1994) a ainsi mis en évidence que les individus ayant plus de soutien social sont davantage susceptibles de mettre en œuvre des styles de coping actif. Concernant la contrôlabilité, dans les situations contrôlables le soutien social semble influencer un pourcentage élevé de coping actif, alors que dans les situations incontrôlables le soutien social n'est pas prédictif de coping actif, mais semble lié à un bon ajustement mental.

Un autre modèle porte sur l'influence des processus cognitifs au sein du coping (Cheng, 2003). Ce modèle est centré sur la caractéristique de flexibilité du coping. Cette flexibilité est ici liée à des processus cognitifs parmi lesquels la facilité discriminante, c'est-à-dire la capacité d'estimer la situation et de choisir un comportement approprié, qui apparaît comme un facilitateur du coping. Ce modèle montre que la facilité discriminante est un processus cognitif favorisant la souplesse du coping, c'est-à-dire qui permet un ajustement constant et adéquat des choix.

Les modèles du coping mettent l'accent sur le fait qu'il ne s'agit pas d'une réponse en soi à des événements stressants, mais d'un processus qui tient compte de l'ensemble des interactions entre les variables en jeu.

Quelques études ont envisagé la question du coping non plus seulement comme un processus intra-individuel, mais comme mécanisme psychique susceptible de traverser le couple, voire de le caractériser. C'est ce que nous envisagerons dans les deux parties suivantes, qui traiteront de la gestion dyadique du stress d'une part et du coping d'autre part.

La gestion dyadique du stress

Dans les années 1990, Bodenmann a proposé un modèle systémique et transactionnel pour mieux comprendre le phénomène de stress dans le couple (Bodenmann, 1995, 1997). Selon Bodenmann, le coping dyadique correspond à « l'ensemble des efforts d'un ou des deux partenaires destinés à gérer les événements stressants, ainsi que les tensions éprouvées par l'un (stress individuel) ou par les deux partenaires (stress dyadique). Il comprend les stratégies de gestion destinées au maintien ou à la restauration de l'équilibre structurel, fonctionnel, comportemental, émotionnel et social du système dyadique ainsi que l'équilibre de chaque partenaire ». Trois phases importantes constitueraient le processus de gestion dyadique du stress :

1. **la communication autour du stress**, c'est-à-dire le fait de parler de son stress à son partenaire, de lui demander un soutien pratique ou émotionnel ;
2. **le coping dyadique**, c'est-à-dire la réaction des partenaires suite à cette communication ;
3. **le feed-back**, c'est-à-dire l'efficacité perçue et la satisfaction associées à la gestion du stress à l'intérieur du couple.

Le fonctionnement du couple : le cas de l'infertilité

Des tensions conjugales existent avant tout diagnostic d'infertilité. Il n'est pas rare que l'un des deux partenaires blâme l'autre ou l'accuse de ne pas être à égale contribution dans le processus de prise en charge médicale, qu'il s'agisse des examens ou des traitements (Salvadore *et al.*, 2001). On trouvera les classiques plaintes des femmes : « Je t'en veux de ne pas le vouloir autant que moi, je t'en veux de ne pas te plier aussi docilement que je le fais aux exigences des médecins, je t'en veux de ne pas comprendre combien une grossesse c'est important pour moi, combien un enfant c'est important pour moi » ; ou celles des hommes : « Je t'en veux de ne pas comprendre que je le désire autant que toi, mais que je ne peux le montrer ou l'exprimer comme toi ; je t'en veux de devenir nerveuse, irritable, triste ; je t'en veux de ne pas comprendre que le désir n'est pas toujours présent pour les rapports programmés ; je t'en veux pour cette vie sexuelle qui a perdu toute spontanéité »... Et ces ressentiments exprimés seraient extrêmement fréquents lorsque l'un des deux partenaires est plus impliqué que l'autre. Dans cette perspective, Keye (1984) remarque que l'un ou l'autre des deux partenaires peut alors soit solliciter davantage de rapports sexuels, soit refuser d'en avoir dans le but de retrouver une certaine maîtrise à moins que ce ne soit pour punir l'autre. Athéa (1987) observe également combien le non-dit peut s'installer entre les deux partenaires, l'un croyant protéger, épargner l'autre en ne parlant pas. À ce titre, Slade *et al.* (1992) notent une pauvreté de la communication qui va grandissante chez les femmes. Daniels (1989) quant à lui indique que comparées aux hommes, celles-ci montrent un plus grand changement d'attitude et de réponses à l'encontre de leur partenaire, lequel peut relater plus de conflits.

Selon Bodenmann (1997), la gestion dyadique du stress peut se présenter sous plusieurs formes (positives ou négatives). En fait, il s'agit de stratégies de coping :

- **la gestion commune**, qui correspond aux efforts des deux partenaires pour faire face à un problème. Ces stratégies peuvent être centrées sur le problème (essayer de gérer ensemble le problème et trouver des solutions concrètes) ou sur les émotions (discuter de ses sentiments et les exprimer afin de se calmer) ;
- **le soutien dyadique positif**, qui correspond à toutes les formes de soutien qu'un des partenaires va apporter à l'autre pour faire face à une situation stressante. Comme pour la gestion commune, il existerait des stratégies centrées sur le problème (aider

son partenaire à voir la situation sous un autre angle, à relativiser le problème) et sur les émotions (donner le sentiment à son partenaire de le comprendre et de s'intéresser à son stress) ;

- **le soutien dyadique négatif**, qui inclut des aspects négatifs du coping dyadique avec des caractéristiques hostiles (faire comprendre à son partenaire que l'on ne veut absolument pas être concerné(e) par ses problèmes), ambivalentes et superficielles (soutenir son partenaire, mais le faire sans motivation).

La gestion dyadique du stress

La gestion dyadique du stress est évaluée avec le FDCT-N (*Fragenbogen zur Erfassung des Dyadischen Copings als generelle Tendenz - Neue Version*) de Bodenmann (2001, 2006). Composé de quarante et un items cotés en six points (de jamais à toujours), ce questionnaire permet d'évaluer les trois phases importantes du processus de gestion dyadique du stress :

- la communication autour du stress, qui correspond à la tendance habituelle du sujet à parler de son stress à son partenaire et à lui demander un soutien pratique et/ou émotionnel. Cette dimension est évaluée du partenaire vers le répondant, et inversement du répondant vers le partenaire ;
- le coping dyadique, qui correspond à la réaction habituelle du partenaire suite à la communication autour du stress. Elle comprend le coping dyadique positif (composé du soutien du partenaire vers le répondant, du soutien du répondant vers le partenaire et de leur gestion commune du stress) et le coping dyadique négatif (composé du soutien négatif de la part du partenaire vers le répondant, du répondant vers son partenaire et de l'évitement réciproque de la gestion du stress). Le score obtenu à cette dimension se calcule en soustrayant le score de coping dyadique négatif à celui de coping dyadique positif.
- l'efficacité perçue et la satisfaction relative à la façon dont le stress est habituellement géré à l'intérieur du couple.

Les qualités psychométriques de cette échelle sont satisfaisantes. Un score élevé à chacune de ces dimensions indique que le répondant pense que, d'une manière générale, la communication autour du stress, le coping dyadique (positif), l'efficacité perçue et la satisfaction de la gestion du stress sont élevés au sein de son couple.

La gestion dyadique du stress est donc un concept psychologique qui a été développé pour théoriser un aspect de la relation conjugale. Le coping dyadique y est considéré comme une ressource qui correspond à la manière habituelle dont le couple fait face au stress.

La gestion dyadique du stress traduit donc l'interaction entre deux partenaires, mais également la qualité de cette interaction. La validité prédictive de ce concept

a récemment été envisagée en lien avec la qualité des relations conjugales évaluée deux ans plus tard Bodenmann (2006).

Couple et coping du couple

Bouchard *et al.* (1997) ont validé le WCQ (*Ways of Coping Questionnaire*) dans l'objectif de travailler sur les stratégies adaptatives au sein des couples. Kellerahls *et al.* (2003) l'ont utilisé auprès de 1 531 couples suisses pour définir des typologies de couples, des modalités réactionnelles ainsi que des stratégies à deux, notamment lorsque le couple se trouve confronté à un événement stressant. Cinq types de couples sont ainsi apparus. Repris par Colson (2007) dans le cadre d'une étude sur le couple, la conjugalité et la dysfonction érectile, ils sont présentés ci-dessous :

- **le couple bastion**, qui se définit par une forte fusion des conjoints, peu d'ouverture sur l'extérieur, et une forte séparation des rôles. C'est un couple au sein duquel on communique peu, et qui réagira face à un événement stressant dans la passivité mutuelle, l'évitement, le conflit larvé. On ne s'affronte pas, mais on n'en pense pas moins ;
- **le couple cocon**, qui se définit lui aussi dans la fusion mais avec une plus grande ouverture sur l'extérieur, et des rôles mutuels interchangeables. Dans la difficulté, ce type de couple jouera aussi la passivité et l'évitement, mais pour mieux assurer une cohésion qui est la raison d'être du couple, et dans laquelle chacun se sent protégé et rassuré ;
- **le couple compagnonnage**, qui est certainement le mieux équilibré et le plus à même d'affronter une difficulté commune. Fusionnel mais ouvert sur l'extérieur, les rôles de chacun y sont là encore suffisamment interchangeables pour développer les capacités adaptatives nécessaires à la résolution active des problèmes qui se posent, dans la coopération mutuelle ;
- **le couple association**, qui associe deux indépendances et cultive l'autonomie entre conjoints et l'ouverture sur l'extérieur, sans séparation véritable des rôles masculins et féminins. Dans l'adversité, ce sera souvent chacun pour soi dans l'affrontement et le conflit ouvert ;
- **le couple parallèle**, qui est aussi celui de l'autonomie entre conjoints, mais sans ouverture sur l'extérieur et avec une forte séparation des rôles entre époux. Face à une difficulté à surmonter, l'absence de communication est la règle et chacun pensera que sa propre solution est la meilleure, campant fermement sur ses positions sans jamais céder un pouce de terrain, passant toujours très près de la rupture.

Une telle typologie du couple, bien que souple, peut intéresser le clinicien dans sa démarche diagnostique et thérapeutique. C'est en tout cas une ouverture dans le décryptage parfois complexe de ce qui se joue au sein du couple, et dont il n'a que rarement conscience.

En conclusion

On le voit, la question de l'adaptation est un processus dynamique et fondateur du couple confronté aux difficultés de la vie. Étudier les processus en jeu au-delà même du coping en envisageant l'étude des mécanismes de défense, de la résilience sont autant de voies d'entrée qui peuvent intéresser le chercheur comme le clinicien.

Synthèse

Les dimensions de l'adaptation et du processus adaptatif sont des éléments essentiels dans la compréhension des processus psychiques intrapersonnels. Ce texte élargit la perspective en proposant une analyse interpersonnelle des ajustements psychologiques tels qu'ils peuvent s'opérer au sein d'un couple. C'est à travers la notion de coping, qui est une déclinaison du processus adaptatif, que les choses sont envisagées.

BIBLIOGRAPHIE

- ATHÉA N. (1987). Nouvelles techniques de procréation - Quelques réflexions d'une gynécologue sur la médicalisation et la psychologisation du désir d'enfant, *Revue Française de Psychanalyse*, 6, 1531-1542.
- BODENMANN G. (1995). Systemic-transactional conceptualization of stress and coping in couples. *Swiss Journal of Psychology*, 54, 34 – 49.
- BODENMANN G. (1997). Dyadic coping : A systemic-transactional view of stress and coping among couples : Theory and empirical findings. *European Review of Applied Psychology*, 47, 137 – 41.
- BODENMANN G., Charvoz L., Cina A. et Widmer K. (2001). Prevention of marital distress by enhancing the coping skills of couples : 1-year follow-up-study. *Swiss Journal of Psychology*, 60, 3 – 10.
- BODENMANN G., PIHET S. et KAYSER K. (2006). The relationship between dyadic coping and marital quality : A 2-year longitudinal study. *Journal of Family Psychology*, 20, 485 – 493.
- BOUCHARD G., SABOURIN S., LUSSIER Y., WRIGHT J., RICHER C.H. (1997). Testing the theoretical models underlying the ways of coping questionnaire with couples. *Journal of Marriage and Family*, 59, 409 – 418.
- BRUCHON-SCHWEITZER M.L. (2002). *Psychologie de la santé*, Paris, Dunod.
- BRUCHON-SCHWEITZER M.L. et Quintard, B. (2001). *Personnalité et maladies. Stress, coping et ajustement*, Paris, Dunod.
- CHABROL H. et CALLAHAN S. (2004). *Mécanismes de défense et coping*, Paris, Dunod.
- CHENG C. (2003). Cognitive and motivational processes underlying coping flexibility : A dual-process model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 425-438.
- COLSON M.H. (2007). Couple, conjugalité et dysfonction érectile. *Gynécologie Obstétrique et Fertilité*, 35, 2, 129-134.
- DANIELS K.R. (1989). Psychosocial factors for couples awaiting in vitro fertilization. *Social Work in Health Care*, 14, 2, 81 – 98.
- KELLERHALS J., WIDMER E. et LEVY R. (2003). Types of cohesion, levels of conflict and coping in contemporary families, in *Thoughts on family, gender, generation and class*, A.-K. Kollind et A. Peterson, Sweden, Intellecta DocuSys AB, p. 85-96.
- KEYE W.K. (1984). Psychosexual responses to infertility. *Clinical Obstetric Gynecology*, 27, 3, 760 – 766.
- LAZARUS R.S. et FOLKMAN S. (1984). *Stress, appraisal and coping*, Springer, New York.
- SALVATORE P., GARIBOLDI S., Offidani A., Coppola F., Amore M. et Maggini C. (2001) Psychopathology, personality, and marital relationship in patients undergoing in vitro fertilization procedures. *Fertility and Sterility*, 75, 6, 1119-1125.
- SLADE P., RAVAL H., BUCK P. et LIEBERMAN B.E. (1992). A 3-year follow-up of emotional, marital and sexual functioning in couples who were infertile. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 10, 233 – 243.
- SPANIER G.B. (1976). Measuring dyadic adjustment : New scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. *Journal of Marriage and Family*, 38, 15 – 28.
- VALENTINER D., HOLAHAN C.J., et MOOS R.H. (1994). Social support, appraisals of event controllability, and coping : An integrative model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66, 1094-1102.

30

RÉPERCUSSIONS DE L'AGRESSION SEXUELLE SUR LA SEXUALITÉ DE LA VICTIME

Patrick Blachère

Les troubles post-traumatiques

Il est exceptionnel de rencontrer une victime d'infractions à caractère sexuel qui ne présente aucune séquelle secondaire aux faits.

Les séquelles d'une infraction à caractère sexuel sont multiples chez les victimes. Les plus faciles à décrire sont :

- physiques (blessures, infections) ;
- psychiques.

Le préjudice sexuel, est lui aussi lourd de conséquences sur la qualité de vie de la victime et de son couple. Il est souvent secondaire au préjudice physique et psychique.

Les équipes soignantes intervenant auprès de victimes connaissent ces différents préjudices, ce sont ces blessures du corps et de l'âme qu'ils vont panser. Certaines vont guérir d'autres laisseront des cicatrices parfois ineffaçables.

Accompagner une victime c'est aussi lui permettre de révéler ses difficultés intimes de tout type, physiques, psychiques et sexuelles.

La pudeur, la gêne et parfois la culpabilité, retardent voire bloquent la « confiance ».

Lors des auditions de plaignants mais également face aux médecins, de nombreuses victimes emploient le mot « aveu » et non « révélation » lorsqu'elles relatent les faits qu'elles ont vécus. Cette confusion est révélatrice du sentiment de culpabilité de ces victimes.

Préjudice sexuel secondaire au préjudice physique

◆ Les séquelles infectieuses

Les préjudices peuvent être source d'infections sexuellement transmissibles.

La victime peut être contaminée par l'auteur. La peur de la contamination est souvent une des premières inquiétudes exprimées par la victime.

Pour mettre en évidence une éventuelle contamination, il est procédé à de multiples prélèvements de façon systématique lorsque la victime est accueillie dans un service d'urgence.

Si les contaminations sont rares en Europe, certaines études et notamment celles réalisées en Afrique font état de plus de 27 % de contaminations (référence Fayedjeme 2007, journal de gynécologie, obstétrique, étiologie de la reproduction).

Les contaminations par le virus du sida sont également très importantes dans les pays où le taux de contamination est élevé et notamment sur le continent africain.

Si les contaminations bactériennes sont pour la plupart curables et ne laisseront peu ou pas de séquelles physiques préjudiciables à la santé sexuelle, tel n'est pas le cas pour les contaminations virales et notamment pour le virus du sida.

Pendant toute sa vie, la victime contaminée devra adapter sa vie sexuelle à sa séropositivité.

◆ Le préjudice secondaire aux blessures physiques (plaies, délabrements sphinctériens)

Chez l'enfant

Le viol (par pénétration anale ou vaginale) de très jeunes enfants peut occasionner d'importantes blessures périnéales.

Il convient d'orienter ces jeunes victimes vers des services spécialisés en chirurgie pédiatrique. La prise en charge précoce ne permet pas toujours, hélas, d'éviter des séquelles à long terme.

La continence anale n'est pas toujours complète ou met des années avant d'être rétablie. La rééducation périnéale sera longue.

L'enfant devra bénéficier d'un soutien psychologique pour lui permettre de mieux supporter ce handicap que l'on souhaite temporaire. Il n'existe que peu d'études scientifiques sur le sujet.

Ceci complique l'évaluation par l'expert du préjudice psychique mais aussi sexuel, car nous ignorons tout ou presque de l'incidence de ces longues périodes de rééducation sur la sexualité à l'adolescence et à l'âge adulte.

Chez l'adulte

En temps de paix, hormis les cas de viols commis en réunions et les viols accompagnés d'actes de barbarie ou plus simplement de violences, notamment dans le contexte conjugal, les blessures physiques résultant des faits d'infractions à caractère sexuel sont souvent superficielles (griffures, excoriations) et guérissent sans séquelles esthétiques fonctionnelles ou douloureuses.

Dans de nombreux pays, les viols sont liés à un contexte de guerre civile ou entre États et ils sont alors souvent accompagnés de violences physiques ou de tortures. Les blessures, si elles ne sont pas mortelles, vont entraîner de graves séquelles notamment douloureuses, fonctionnelles, sexuelles, sphinctériennes, et obstétricales.

En Afrique notamment, les victimes de viols présentent souvent des lésions périnéales (9,1 % dans l'étude de M. E Fayedjeme). Les séquelles sont majeures il est impossible de les détailler en quelques lignes, mais quelle que soit la gravité des blessures, résultant par exemple d'un empalement ou d'une ablation du clitoris, il existe toujours des possibilités de soins.

En contraste avec l'importance des mutilations, il est généralement possible de réparer ces lésions et au moins de réduire considérablement les préjudices esthétiques anatomiques fonctionnels et même sexuels.

La prise en charge doit être la fois chirurgicale, psychologique et sexologique.

Des spécialistes de médecine humanitaire ont mis au point des protocoles d'intervention pluridisciplinaire auprès de ces victimes, les résultats de leurs études sont très encourageants. Il serait souhaitable de leur donner les moyens de continuer leurs travaux et de former des praticiens notamment locaux (Foldes et coll., 2012).

◆ Les séquelles psychiques

Il importe de distinguer les agressions uniques des agressions multiples.

Les agressions uniques

Les séquelles immédiates sont parfois très bruyantes mais heureusement généralement peu durables. L'angoisse résultant de l'agression peut s'exprimer de façon plus ou moins massive, la victime pouvant être sidérée (mutique par exemple), voire présenter des états dissociatifs (déstructuration de la pensée, impression de déréalisation parfois proche du délire).

Pour certains auteurs, ces troubles péri-traumatiques seraient présents dans environ 70 % des cas (G. Lopez).

Secondairement à ces réactions immédiates, la séquelle majeure des agressions sexuelles uniques est un trouble anxieux, longtemps appelé névrose traumatique, plus communément appelé aujourd'hui état de stress post-traumatique.

Si ces troubles anxieux ont été décrits initialement sur les victimes de guerres et de catastrophes, ils sont également très fréquents chez les victimes d'agression sexuelle.

Ce trouble anxieux particulier (DSM-IV) est défini comme :

« Un trouble psychique pouvant associer :

- des souvenirs répétitifs et envahissants de l'évènement provoquant un sentiment de détresse et comprenant des images, des pensées ou des perceptions, des rêves répétitifs de l'évènement, des impressions et rejaillissements soudain comme si l'évènement traumatique allait se reproduire,
- un sentiment intense de détresse psychique lors de l'exposition à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à l'aspect de l'évènement traumatique en cause,
- une réactivité physiologique lors de l'exposition à des indices internes ou externes pouvant évoquer ou ressembler à un aspect de l'évènement traumatique en cause.

La victime présente une réaction d'évitement et fait notamment des efforts pour éviter les pensées ou tout ce qui peut rappeler le traumatisme. Elle peut présenter

- une incapacité à se rappeler un aspect important du traumatisme,
- un sentiment du détachement d'autrui ou de devenir étranger par rapport aux autres,
- une restriction des affects,
- un sentiment d'avenir bouché,
- une réduction nette de l'intérêt pour les activités importantes.

Il est également souvent noté des difficultés d'endormissement, des troubles du sommeil, de l'irritabilité, des accès de colère, des difficultés de concentration, une hypervigilance et des réactions de sursaut exagérées. »

Le lecteur trouvera, dans le DSM, les critères précis permettant au psychiatre d'établir un diagnostic d'état de stress post-traumatique.

Les agressions multiples

Dans l'agression répétée, notamment dans le cadre intrafamilial, la victime peut présenter un trouble de la personnalité.

Les Anglo-Saxons ont décrit un trouble de la personnalité spécifique : *Disorder of Extrem Stress Not Otherwise Specified*, plus connu sous l'abréviation DESNOS.

Ce concept n'est pas consensuel, mais l'ensemble de la communauté scientifique s'accorde pour établir un lien de causalité entre certains troubles de la personnalité et les agressions répétées. Les dysfonctionnements de la vie psychique et des relations présentés par ces victimes sont très proches de ceux que l'on observe chez les sujets présentant une personnalité borderline, à savoir une personnalité impulsive, instable dans ses relations interpersonnelles, dans l'image de soi et des affects (DSM-IV).

Les ouvrages de psychiatrie détaillent les difficultés de ces patients. Il peut ainsi être constaté chez ceux-ci tout ou partie des signes ou symptômes suivants :

- des efforts effrénés afin d'éviter un abandon réel ou imaginé ;
- des relations interpersonnelles instables et intenses caractérisées par une alternance entre les extrêmes de l'idéalisation et de la dévalorisation ;
- une perturbation de l'identité, avec une instabilité marquée et persistante de l'image de soi ou de la notion de soi ;
- une impulsivité dans au moins deux domaines ayant un potentiel autodestructeur (dépenses, sexualité, toxicomanie, conduite automobile dangereuse, boulimie, etc.) ;
- des comportements, gestes ou menaces suicidaires, des automutilations récurrentes ;
- une instabilité affective causée par une réactivité marquée de l'humeur (par exemple dysphorie épisodique intense, irritabilité ou anxiété qui dure habituellement quelques heures et rarement plus de quelques jours) ;
- un sentiment chronique de vide ;
- des colères inappropriées et intenses, ou une difficulté à maîtriser sa colère (sautes d'humeur fréquentes, colère constante, bagarres récurrentes) ;
- des idées passagères de persécution ou des symptômes dissociatifs graves en situation de stress.

Préjudice sexuel secondaire au préjudice psychique

◆ Les perturbations immédiates « péri traumatiques »

Il a été décrit, notamment en réaction immédiate à une agression sexuelle, des troubles du comportement sexuel allant de l'aversion sexuelle à l'hypersexualité, en passant par des conduites addictives avec multiplicité des partenaires, voire prostitution.

Ces comportements sont souvent vécus par la victime comme très culpabilisants. Ils sont souvent tus.

◆ Les perturbations associées au syndrome de stress post-traumatique

Le stress post-traumatique est classiquement associé avec une diminution du désir sexuel (désir sexuel hypo-actif).

Mais cette dysfonction n'est pas la seule observée.

La victime présentant un état de stress post-traumatique peut ainsi être perturbée dans sa sexualité par la reviviscence d'images de l'agression au cours de la relation sexuelle, ou avoir des phobies spécifiques en lien avec l'agression (par exemple phobie de la fellation après une fellation imposée).

D'autres dysfonctions sont plus spécifiques et notamment le vaginisme. Celui-ci a été décrit par de nombreux auteurs comme une dysfonction pouvant être secondaire à des agressions sexuelles (S. Mimoun).

◆ Perturbation de la vie sexuelle et troubles de la personnalité secondaire à des agressions multiples

Les sujets présentant des personnalités borderline sont par définition instables et impulsifs. Si la fonction sexuelle est généralement préservée, la vie affective, la capacité de ces patientes et patients à vivre en couple est fortement altérée.

Ces victimes sont plus vulnérables aux violences conjugales.

L'instabilité affective, l'impulsivité, rendent également difficile voire impossible l'établissement d'une relation stable et sereine.

Évaluation du préjudice

L'évaluation des préjudices psychiques, physiques et sexuels ainsi que des autres préjudices est menée au cours de l'expertise (V. Dang Vu).

L'expertise est un moment souvent pénible pour la victime, notamment dans le cadre des procédures contradictoires (justice civile) et ce, du fait que de nombreux médecins vont assister à l'examen.

Il importe pourtant que la victime puisse vaincre sa légitime pudeur pour permettre à l'expert d'évaluer précisément l'importance des différents types de préjudices (physiques, psychiques et sexuels).

Si la justice ne pourra jamais effacer le souvenir traumatique ni apaiser les souffrances de la victime, elle pourra proposer ce qu'il est convenu d'appeler en droit une « réparation ».

Cette réparation ne peut être que financière, ce qui peut apparaître comme vexatoire ou humiliant par certaines victimes qui de ce fait refusent de se soumettre à l'expertise ou minimisent les préjudices.

Ceci est dommageable, car si cette « réparation » n'a pas d'effets directs sur la souffrance du sujet, elle peut permettre, si elle est acceptée, une prise en charge de certains soins et notamment ceux qui ne sont pas remboursés par les services de l'assurance-maladie.

En conclusion

Le préjudice sexuel secondaire aux agressions est lié essentiellement au préjudice physique ou psychique.

Les préjudices sexuels secondaires aux lésions physiques nécessitent une prise en charge pluridisciplinaire, chirurgicale, psychologique et sexologique.

Les préjudices sexuels résultant des préjudices psychiques nécessitent à la fois une prise en charge psychologique (du syndrome de stress post-traumatique et/ou du trouble de la personnalité) et une prise en charge spécifique des dysfonctions sexuelles ou des difficultés conjugales secondaires aux troubles psychiques de la victime.

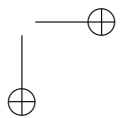
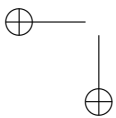
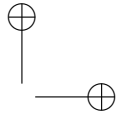
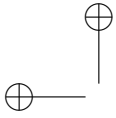
Il est essentiel que les praticiens prenant en charge ces victimes soient particulièrement bien formés.

Le rôle de l'expert est déterminant dans le processus de réparation (indemnisation). C'est lui qui évaluera l'importance des différents préjudices. Il importe que les victimes soient préparées pour cette expertise, soit par le thérapeute qui les prend en charge, soit par les associations d'aide aux victimes.

Une juste réparation ne pourra se faire que si la victime ne minimise ni ne masque sa souffrance, et trouve la force de dépasser sa pudeur.

LIVRE 3

Accompagner... traiter !



Sixième partie

LA PRISE EN CHARGE

31	Prise en charge des victimes d'infractions à caractère sexuel . . .	280
32	Prise en charge des auteurs d'infractions à caractère sexuel (Patrick Blachère)	285

31

PRISE EN CHARGE DES VICTIMES D'INFRACTIONS À CARACTÈRE SEXUEL

Patrick Blachère

LA PRISE EN CHARGE des victimes d'infractions à caractère sexuel ne doit pas être différente de celle des autres victimes.

Elle doit nécessairement associer trois types de prises en charge :

- médicale ;
- sociale (associations, services sociaux) ;
- judiciaire (services de police, avocats, magistrats, experts).

La prise en charge immédiate : *Primum non nocere* _____

◆ Une affaire de spécialistes !

Les victimes d'infractions à caractère sexuel suscitent généralement de la compassion. Il apparaît naturel de vouloir leur venir en aide.

Il importe toutefois de confier la prise en charge des victimes d'infractions à caractère sexuel à des professionnels spécialement formés.

Si tel n'est pas le cas, la victime peut rencontrer de multiples difficultés. Par exemple, un examen gynécologique réalisé par un médecin non compétent en médecine légale

peut être remis en cause et rendre impossible la qualification pénale de l'infraction (agression ou viol).

Lorsque les faits d'agression sexuelle sont révélés au sein d'une institution, les autorités de celle-ci (école, foyer de vie pour personnes en difficultés...) jouent parfois aux policiers en recueillant les témoignages de la victime et des mis en cause, sans se rendre compte que cela risque de compromettre définitivement l'établissement de la vérité. En donnant innocemment aux agresseurs présumés des renseignements sur les dires de la victime, ils donnent ainsi des éléments qui seront utilisables par la défense et rendront même parfois impossible l'inculpation.

Ces enquêtes avant l'enquête, les confrontations de l'auteur et du mis en cause, les retards de signalement aux services de police, faussent également la juste appréciation de l'authenticité des propos de la victime. Lorsqu'elle rencontrera l'enquêteur ou l'expert, celle-ci aura déjà relaté plusieurs fois les faits et n'aura plus la même spontanéité du discours, surtout si elle est entendue à distance des faits.

Aux confins de la médecine et de la justice, la rédaction des certificats médicaux initiaux est essentielle pour la bonne marche de la justice. Un certificat mal rédigé peut rendre difficile ou contestable l'évaluation des préjudices et priver la victime d'une juste réparation.

Dès la connaissance des faits, la victime devra donc bénéficier d'une prise en charge pluridisciplinaire lui permettant à la fois d'être à l'abri d'autres agressions, d'être assistée socialement et juridiquement, tout en bénéficiant d'une prise en charge médicale, psychologique voire psychiatrique.

◆ Une action coordonnée au sein d'un même lieu...

Pour permettre une action coordonnée des services de santé et de justice, pour donner les meilleurs soins à la victime en recueillant son témoignage de la façon la plus utile à l'enquête et la moins traumatisante possible, il est souhaitable tant que faire se peut d'adresser la victime à des services regroupant au sein d'une même unité l'ensemble des intervenants.

Dans de nombreux hôpitaux il existe des unités médico-judiciaires. Il est toujours préférable d'orienter les victimes vers ce type de service, ou à défaut vers un service hospitalier qui pourra se mettre en rapport avec l'unité spécialisée pour d'éventuels conseils.

La prise en charge des troubles anxieux majeurs, voire des perturbations graves de l'équilibre psychique (sidération, dépression, troubles dissociatifs, agitation), sera du reste plus facile et de meilleure qualité au sein de tels services.

Même s'il est compréhensible de vouloir épargner à la victime un long déplacement vers un service universitaire, en l'adressant à un médecin de proximité, nous ne lui rendons pas service. Sauf bien entendu si le médecin de proximité a une compétence particulière reconnue.

La prise en charge des séquelles psychiques

Comme nous l'avons évoqué dans le chapitre précédent, les conséquences psychiques observables après des infractions à caractère sexuel sont différentes en cas d'agression unique ou répétée.

◆ Les états de stress post-traumatique

Les états de stress post-traumatique doivent bénéficier d'une prise en charge spécialisée associant une psychothérapie (thérapie comportementale et cognitive, hypnose, EMDR, approche psycho dynamique...) et si besoin un traitement médical (G. Lopez).

L'accompagnement ne sera pas que médical, mais associé à la rencontre avec des travailleurs sociaux spécialisés (association d'aide aux victimes). Dans ce cadre, la victime pourra également participer à des groupes de parole.

◆ Les troubles de la personnalité

Les agressions sexuelles répétées peuvent être à l'origine de graves perturbations de la personnalité.

L'émotivité majeure de ces victimes et leur instabilité rendent nécessaire une prise en charge adaptée. Il a longtemps été considéré comme difficile, voire impossible de proposer des psychothérapies aux personnalités borderline (plus généralement cluster B du DSM).

Ce n'est plus vrai aujourd'hui, mais dans ce domaine également les thérapeutes doivent avoir bénéficié d'une formation spéciale pour mener à bien dans la durée l'accompagnement de ces sujets instables (Quentin Debray).

La prise en charge spécifique des dysfonctions sexuelles

La prise en charge sexologique des victimes d'infractions à caractère sexuel ne devrait pas être différente de la prise en charge d'une dysfonction chez un patient n'ayant pas été victime d'une agression sexuelle.

Il importe néanmoins que le sexologue soit spécialement formé à la prise en charge des victimes, ne serait-ce que pour pouvoir gérer l'instabilité émotionnelle des sujets présentant des syndromes de stress post-traumatique et/ou l'impulsivité, les colères ou les réactions de rejet parfois passionnelles chez les patients borderline.

Il faut également que le thérapeute se montre capable de faire le deuil d'une guérison. Certaines victimes en effet gardent des séquelles définitives, notamment celles qui ont des préjudices physiques ou celles qui gardent des phobies spécifiques en relation avec les faits subis.

Il convient alors d'accueillir ces victimes comme des sujets en souffrance porteurs d'un handicap. Le rôle du thérapeute est de les accompagner dans la prise en charge de ce handicap et parfois de les aider à faire le deuil d'une sexualité idéalisée ou tout simplement de la sexualité insouciant antérieure à l'agression.

Ces cas sont heureusement rarissimes. Parfois la simple explication au partenaire de la victime des souffrances qu'elle a endurées lors des faits, permet à celui-ci d'accepter que son partenaire ne puisse pas vivre sa sexualité pleinement, du moins le temps nécessaire à la cicatrisation des blessures morales et physiques.

◆ La prise en charge socio-judicaire

L'aide aux victimes

La victime a droit à une assistance. Elle peut être prise en charge par les associations d'aide aux victimes. Ces associations sont joignables par le biais des Tribunaux de Grande Instance. Les travailleurs sociaux connaissent également les associations locales qui peuvent venir en aide aux victimes.

Il importe en tout cas que la victime soit reconnue comme telle par le professionnel de santé (G. Lopez).

Cela étant, tant que le mis en cause ne sera pas condamné et n'aura pas épuisé toutes les voies de recours contre la condamnation éventuelle, la victime ne sera reconnue par la justice que comme « plaignante » ou « plaignant ». Ceci est souvent difficile, la victime pouvant se sentir discréditée.

L'aide des conseils (avocats), des associations, des soignants, est ici précieuse.

Le procès

Le procès n'est jamais thérapeutique.

Dans un État civilisé, la victime ne se venge pas elle-même, c'est l'État qui punira à une peine de prison et/ou une amende l'auteur des faits.

LA PRISE EN CHARGE

31. Prise en charge des victimes d'infractions à caractère sexuel

Au pénal, la victime n'est que partie civile (et souvent qu'une petite partie), elle ne joue parfois que le rôle de simple témoin au procès. Ceci est frustrant pour les victimes, qui aimeraient que le procès soit pour elles un moment de reconnaissance.

Nombreuses, du reste, sont celles qui disent ne pas souhaiter se venger, mais simplement être reconnues comme victimes.

Elles veulent être reconnues de fait comme sujet, et non comme un simple objet, objet qu'elles étaient dans l'esprit de l'auteur lors de l'agression.

Il importe de ne pas faire croire à la victime qu'elle va se reconstruire au cours du procès, et ce pour plusieurs raisons :

L'expression « se reconstruire » peut être mal perçue, car elle peut faire penser que le thérapeute considère la victime comme détruite, ou « en ruines », ce qui, convenons-en, est anxiogène. L'idée qu'un procès puisse être thérapeutique présuppose en outre qu'il trouve une issue favorable. Or, le procès ne donne pas toujours « raison » à la victime. Les débats sont difficiles à supporter. La rencontre avec le mis en cause est source de souffrance.

D'où l'importance de la présence des associations aux côtés de la victime pendant la procédure judiciaire. L'avocat est lui aussi un chaînon essentiel dans l'aide à la victime.

Il faut tout mettre en œuvre pour que la victime, même si l'issue du procès n'est pas conforme à son attente, puisse se vivre à nouveau en tant que sujet à part entière que nul ne peut utiliser comme objet de son désir ou de sa pulsion.

En conclusion

La prise en charge des séquelles sexuelles d'une victime d'infractions à caractère sexuel ne peut se concevoir en dehors d'une prise en charge globale. Cette prise en charge doit associer le monde juridique, les travailleurs sociaux, les associations et les professionnels de santé.

La prise en charge purement médicale devra être confiée à des professionnels de santé particulièrement formés à la prise en charge des préjudices psychiques et sexuels des victimes d'infractions à caractère sexuel.

Les difficultés sexuelles post-traumatiques ne peuvent par ailleurs pas s'appréhender isolément, même si elles nécessitent des soins spécialisés.

La prise en charge psychologique préalable ou combinée à l'approche sexologique est indispensable.

32

PRISE EN CHARGE DES AUTEURS D'INFRACTIONS À CARACTÈRE SEXUEL

Patrick Blachère

L'ÉTAT A LE DEVOIR de protéger les citoyens de toutes formes d'agressions. Ceci est notamment vrai en matière de sexualité.

En France (article 222.22 du Code pénal), toute atteinte sexuelle commise avec violence, contrainte, menace ou surprise, constitue une agression sexuelle. Le viol est défini par l'article 222.23 : « Tout acte de pénétration sexuelle de quelque nature qu'il soit, commise sur la personne d'autrui par violence, contrainte, menace ou surprise ». Mais chaque État légifère différemment, la loi évolue également au fil du temps.

Ainsi, le Code pénal français reconnaît le viol et l'agression sexuelle quelle que soit la nature des relations existantes entre l'agresseur et sa victime, y compris s'ils sont unis par les liens du mariage.

De même, la loi française reconnaît comme auteur d'un délit ou d'un viol, l'auteur d'une agression sexuelle ou d'un viol commis à l'étranger contre un mineur par un Français ou par une personne résidant habituellement sur le territoire français. Grâce à la loi, l'État va pouvoir punir les auteurs d'infractions.

Ceci étant, la connaissance de la loi et la peur de la sanction ne suffisent pas à empêcher la commission de nouvelles infractions. Il incombe donc à l'État de mettre en place une politique de prévention aussi bien primaire que secondaire.

LA PRISE EN CHARGE

32. Prise en charge des auteurs d'infractions à caractère sexuel

- **La prévention primaire est d'ordre éducatif.** Il importe d'éduquer le futur citoyen pour qu'il puisse maîtriser sa sexualité afin de ne pas devenir auteur d'infractions à caractère sexuel. Les interventions en milieu scolaire ont également pour but de permettre aux enfants, tant que faire se peut, de devenir moins vulnérables aux agressions sexuelles.

Cette politique de prévention primaire est essentiellement mise en place au niveau de l'Éducation nationale, dans le cadre de l'éducation à la sexualité. D'autres campagnes de prévention sont organisées auprès de publics en difficulté, notamment auprès de sujets porteurs de handicap et vivant en institution.

- **La prévention secondaire ne s'intéresse qu'aux agresseurs et donc aux auteurs d'infractions à caractère sexuel.** Il importe alors de tout mettre en œuvre pour éviter la récidive (commission d'autres délits ou crimes) ou la réitération (commission du même type de faits).

La prévention primaire est également prévue par la loi. Cette loi est relativement récente en France, car ce n'est que depuis le 17 juin 1998 que la France s'est donné les moyens d'une politique de prévention et de répression des infractions sexuelles (Loi n° 98-468 du 17 juin 1998 relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles ainsi qu'à la protection des mineurs, loi dite Guiguou).

Cette loi était à l'époque novatrice car elle permettait aux magistrats d'imposer des soins (suivi médical). Cette loi nécessitait donc une coordination entre le monde judiciaire et le monde médical, et sa mise en place n'a pas été facile notamment du fait de la réticence de certains médecins à l'idée de devoir imposer un traitement à un patient qui n'était pas « demandeur ».

Avec le temps, les réticences ont cédé et la prise en charge médicale des auteurs d'infractions à caractère sexuel ne fait plus polémique.

Originalité de la prise en charge

◆ Les soins imposés par la justice

Il existe plusieurs formes de soins imposés dans l'arsenal législatif français. On distingue l'obligation de soins et l'injonction de soins :

- **l'obligation de soins** n'est pas spécifique à la délinquance sexuelle. Elle peut être prononcée pour un sujet avant la condamnation (au stade de la mise en cause) dans le cadre d'un contrôle judiciaire par exemple, ou après condamnation. L'obligation de soins ne nécessite pas d'expertise préalable ;

- **l'injonction de soins** est une disposition spécifique à certaines infractions dont la délinquance sexuelle. Elle s'adresse à des sujets qui ont été reconnus coupables. Elle nécessite une expertise médicale préalable pour l'ordonner ou pour la supprimer.

Cette injonction de soins, décidée par un magistrat, peut également être ajoutée à tout moment de la peine par le Juge d'Application des Peines.

◆ Coordination entre la justice et le monde médical

L'injonction de soins, dans le cadre du dispositif du contrôle socio-judiciaire, nécessite une coordination entre le monde de la justice et les soignants.

Le médecin traitant ou le psychologue spécialement formé n'ont pas de comptes à rendre au magistrat contrôlant le suivi, mais à un médecin coordonnateur qui lui est en relation avec le Juge d'Application des Peines.

Le sujet condamné devra rencontrer régulièrement ce médecin coordonnateur. Le condamné choisira avec celui-ci le thérapeute le plus adapté à sa problématique compte tenu des déterminants criminologiques, psychiatriques et psychopathologiques à l'origine des faits commis, déterminants qui auront été mis en évidence par l'expert.

Le médecin coordonnateur aura des contacts avec le thérapeute pendant toute la durée du suivi de peine. Il a le devoir d'informer le Juge d'Application des Peines de façon régulière.

En sus de la rédaction régulière d'un « rapport de suivi », le médecin coordonnateur pourra alerter le Juge d'Application des Peines en cas de dangerosité manifeste. Celui-ci pourra décider d'une expertise psychiatrique afin d'évaluer l'importance de la dangerosité potentielle.

Le Juge prendra alors la décision la plus adaptée, éclairée par l'expertise, par le rapport du médecin coordonnateur ainsi que par les observations des services pénitentiaires d'insertion et de probation (éducateurs en contact avec le sujet condamné). Le magistrat pourra par exemple décider d'une incarcération.

L'injonction de soins fait donc partie de l'arsenal judiciaire répressif, dans la mesure où le sujet est suivi au-delà de la peine d'incarcération initiale prononcée lors du jugement.

Qui sont les agresseurs ? _____

Il est préférable de parler « d'auteurs d'infractions à caractère sexuel » plutôt que d'utiliser les expressions « agresseurs sexuels ou abuseurs sexuels ».

LA PRISE EN CHARGE

32. Prise en charge des auteurs d'infractions à caractère sexuel

L'agression sexuelle est en effet une notion pénale qui ne recouvre pas l'ensemble des infractions à caractère sexuel et notamment les viols.

L'expression « abus sexuel » est également source de confusion. Elle est la traduction de l'anglais *sexual abuse*. Or en français, le mot « abus » n'a pas la même signification que « *abuse* » en anglais. Pour certains, parler d'abus sexuel pourrait signifier qu'il y aurait, *a contrario*, un usage normal de la sexualité d'un tiers.

Pour éviter toutes ces confusions, nous parlons « d'auteurs d'infractions à caractère sexuel ». Ceci permet de s'intéresser à l'ensemble de la délinquance sexuelle, aussi bien les violeurs que les agresseurs mais également les harceleurs sexuels, les téléchargeurs ou diffuseurs d'images à caractère pédopornographique, sans oublier les exhibitionnistes, fétichistes et autres délinquants paraphiles.

Les auteurs d'infractions à caractère sexuel constituent ainsi un groupe très hétérogène, et de ce fait la prise en charge du téléchargeur d'images pédopornographiques ne pourra pas être la même que celle du patron harceleur sexuel ou du mari alcoolique violent et violeur.

Il importe donc d'adapter la prise en charge sociojudiciaire et la thérapie à la spécificité de chacun des auteurs. Pour cela, il faut au préalable connaître les déterminants psychopathologiques et criminologiques, les déterminants individuels et collectifs à l'origine de l'infraction commise.

La connaissance de ces déterminants est également très utile en prévention primaire pour cibler des politiques de prévention auprès de publics particulièrement à risques, ou pour lutter contre les facteurs environnementaux pouvant favoriser l'émergence, chez certains individus, de comportements sexuels déviants.

Modalités communes à la prise en charge de l'ensemble des infracteurs

L'infraction à caractère sexuel constitue un véritable fléau social.

C'est un problème de santé publique. Si nous souhaitons l'éradiquer, il convient de mettre en place les mêmes moyens et outils que pour tous les autres faits de société que l'on souhaite endiguer.

Les principes sont les mêmes que ceux mis en avant pour lutter contre la délinquance routière, le suicide, voire l'obésité.

Une fois connus les déterminants psychopathologiques et sociologiques, en lien avec le fait social, chacun des intervenants pourra agir dans son domaine de compétence :

- l'éducateur ou l'enseignant de façon préventive ;
- le responsable politique dans le domaine de la prévention de certains facteurs de risques sociaux, comme par exemple la précarité ou l'alcoolisme ;
- les médecins seront quant à eux particulièrement vigilants dans la prise en charge des sujets présentant des facteurs de risques psychopathologiques de récidence.

Agir sur les facteurs de risques

◆ L'expertise

Il revient à l'expert de mettre en évidence les déterminants psychopathologiques en lien avec l'infraction et les facteurs de risques de récidence.

Son travail ne s'arrête pas à ce simple constat. Le professeur Senon (collectif recherche, information et formation multidisciplinaires, département de criminologie, Université de Poitiers) définit trois niveaux de complexité dans l'expertise psychiatrique :

- niveau 1 : identification d'une pathologie psychiatrique, réponse à la question de l'abolition ou de l'altération du discernement et du contrôle des actes au moment des faits, évaluation de la dangerosité psychiatrique ;
- niveau 2 : lecture psychodynamique du passage à l'acte ;
- niveau 3 : analyse psychocriminologique, évaluation de la dangerosité criminologique.

◆ Les typologies

La population des auteurs d'infractions à caractère sexuel est très hétérogène. Les sociologues, les criminologues, les médecins, ont essayé depuis plus d'un siècle d'établir des typologies d'infractionnaires afin d'adapter au mieux les prises en charge et les rendre plus efficaces.

Il n'y a aucun consensus international en la matière, mais il faut retenir qu'il est plus habituel d'utiliser des typologies établies suivant le type d'infraction pénale, ou à partir des profils psychopathologiques.

◆ Les différentes catégories pénales d'infractions à caractère sexuel

Il est important de distinguer, aussi bien dans les politiques de prévention que dans les publications scientifiques, différentes formes d'infractionnaires.

Il faut en particulier distinguer les agresseurs sexuels des violeurs, en recourant à des sous-types (agresseurs et violeurs de sujets mineurs en intrafamilial ou hors de la famille).

Les agresseurs et violeurs de sexe féminin, de même que les agresseurs et violeurs mineurs d'âge, sont généralement étudiés et pris en charge de façon spécifique.

Il convient également de faire une place aux infractions nouvelles liées au développement de la technologie, ainsi qu'aux infracteurs utilisant ces nouvelles technologies : délit de téléchargement ou de diffusion d'images pédopornographiques, rencontre avec des mineurs (*grooming*).

◆ Les profils psychopathologiques

Il y a, en ce domaine, encore moins de consensus. Les typologies sont en nombre infini.

Il est néanmoins pratique de reconnaître, sinon des profils, du moins trois types d'infracteurs différents :

- les sujets présentant une personnalité fragilisée par une déficience intellectuelle ou un handicap psychique ;
- Les sujets ayant une personnalité dont les caractères dominants sont l'impulsivité, l'instabilité et la violence ;
- les sujets pervers.

◆ Les outils d'évaluation

Les instruments d'évaluation du risque de comportement violent sont bien connus.

Comme le rappelle Gilles Cotte, les premières études qui ont cherché à estimer la capacité des cliniciens à prédire la dangerosité ont brossé un tableau assez pessimiste de la capacité des cliniciens en la matière.

« Émus de ce constat », les Américains ont développé des outils d'évaluation, soit sous forme d'échelle soit sous forme de questionnaire. On retient notamment le SORAG (*Sex Offender Risk Appraisal Guide*), ou dans le domaine de la violence le VRAG (*Violence Risk Appraisal Guide*). D'autres outils comme la HCR20 sont plus complexes et tiennent compte des renseignements cliniques.

Ces outils sont extrêmement intéressants mais ils ne constituent pas une fin en soi et ne remplacent pas l'évaluation clinique.

Il est important également d'en connaître les limites (Cotte, Gravier).

D'autres auteurs ont mis au point des questionnaires et notamment le QICPASS (Ciavaldini et même tout récemment une adaptation de celui-ci pour les infracteurs adolescents (Roman)).

Au-delà des polémiques, il importe que les praticiens connaissent ce type d'outils même si aucun à l'heure actuelle ne fait consensus.

◆ Place de la biologie et des neurosciences

Les liens entre les hormones sexuelles, les comportements agressifs et la déviance sexuelle voire la violence sexuelle sont complexes.

Le déterminisme biologique des infractions à caractère sexuel a été évoqué dès la découverte de ces hormones. La légitimité des premiers traitements castrateurs reposait, du reste, sur une corrélation supposée entre la présence ou l'excès d'hormones mâles et la commission d'une infraction sexuelle.

Les corrélations n'étant à l'époque pas véritablement établies, les traitements hormonaux n'ont été prescrits que de façon anecdotique pendant de très nombreuses années. Aujourd'hui ces traitements font partie intégrante de la prise en charge des auteurs d'infractions à caractère sexuel, et ont une place importante notamment dans les recommandations de l'HAS (Haute Autorité de santé) pour les auteurs d'infractions à caractère sexuel sur mineurs.

Les liens entre les hormones sexuelles, la violence sexuelle, la déviance sexuelle et les comportements agressifs sont complexes.

Pour Florence Thibaut, il existerait une très faible corrélation entre le taux de testostérone et l'agressivité. Cette corrélation positive étant surtout observée chez des sujets ayant commis un crime ou un délit associé à un comportement agressif.

« Ce n'est pas le cas caractère sexuel du crime qui est corrélé au taux de testostérone mais la violence et les traits de personnalité antisociale associés au comportement criminel » (Florence Thibaut).

Les neurosciences sont également une voie de recherche prometteuse.

Les dysfonctionnements frontaux ont été évoqués pour expliquer certains comportements sexuels inappropriés. Des dysfonctionnements temporaux ont été évoqués pour expliquer certaines formes d'hypersexualité ou certains comportements pédophiles (F. Thibaut).

Certaines équipes et notamment des équipes Françaises (Stoleru) mènent actuellement des recherches sur l'imagerie cérébrale des sujets pédophiles.

Il faut néanmoins rappeler que ces travaux, aussi prometteurs qu'ils soient, doivent être interprétés avec prudence. En effet, une corrélation entre une imagerie et un

LA PRISE EN CHARGE

comportement ne signifie pas forcément un lien de causalité, ne serait-ce que du fait de la neuroplasticité cérébrale.

◆ La génétique

Le chromosome Y a longtemps été nommé le « chromosome du crime ». Certaines études ont même mis en évidence des comportements déviants chez des sujets XYY.

Ces sujets présentant, de par leur anomalie génétique, des niveaux intellectuels souvent bas et des difficultés d'insertion sociale liées au handicap, les études tenant compte de ces cofacteurs de risque ne mettent pourtant pas en évidence une criminalité accrue associée au chromosome surnuméraire.

Dès les années 1990, l'hypothèse d'une cause génétique à la criminalité sexuelle a été invalidée (J. Aubut).

Le chromosome Y n'est donc pas, jusqu'à preuve du contraire, le chromosome du crime.

Certains auteurs continuent néanmoins de chercher sinon des chromosomes du crime, du moins une prédisposition génétique à certains types de violences et/ou de déviations sexuelles. Là aussi, encore plus que pour la neuroscience, la génétique ne nous apporte pas véritablement d'outils thérapeutiques, ni de perspectives de prévention.

◆ Les traitements

Comme nous l'avons dit plus haut, la prise en charge thérapeutique ne peut se concevoir hors du contexte légal.

Dans le domaine de l'injonction de soins, il faut rappeler que le thérapeute doit être en contact avec le médecin coordonnateur.

Il importe également qu'il fasse référence à des protocoles de soins ou au moins à des stratégies de prises en charge validées ou reconnues par la communauté scientifique, comme celles qui ont été définies par les conférences de consensus de la Fédération française de psychiatrie ou par les recommandations de la Haute Autorité de santé (HAS).

Les recommandations de l'HAS sont notamment très éclairantes en matière de prise en charge des auteurs d'infractions sexuelles à l'encontre de mineurs. Elles définissent à la fois la nature de l'évaluation initiale réalisée, la place de la prise en charge psychothérapique et la place des traitements pharmacologiques.

L'évaluation clinique, quel que soit le type d'infacteur sexuel, repose essentiellement sur l'examen clinique et l'utilisation d'outils comme les échelles ou les questionnaires d'investigations cliniques.

Les traitements psychothérapeutiques et pharmacologiques ont un double but : l'amélioration du fonctionnement psychosocial et la régulation de l'activité sexuelle, afin que celle-ci ne soit plus source d'actes délictuels.

Les outils thérapeutiques sont nombreux, les traitements multiples.

Rappelons qu'il est également important de traiter les maladies psychiatriques et/ou toutes autres pathologies pouvant être mises en relation avec l'infraction commise.

Les psychothérapies plus spécifiques en lien direct avec les déterminants psychopathologique de l'infraction sont soit de type comportemental (thérapies cognitivo-comportementales), soit d'inspiration psychodynamique (C. Balier).

D'autres prises en charge psychothérapeutiques peuvent être proposées, notamment des thérapies de groupe.

D'autres approches thérapeutiques peuvent également être proposées à titre expérimental ou de recherches, c'est notamment vrai pour l'EMDR (*Eye Movement Desensitization Reprocessing*) (C. Marx, S. Reichenbach).

D'autres auteurs proposent encore une prise en charge de couple à certains auteurs d'infractions (Coutanceau).

Les traitements pharmacologiques sont de deux types :

- les traitements psychotropes, qui pour certains ont fait l'objet de nombreuses études : des antidépresseurs de type inhibiteurs spécifiques de recapture de la sérotonine sont ainsi souvent prescrits dans certaines formes d'infractions à caractère sexuel, surtout si celles-ci sont de nature compulsive ;
- les traitements hormonaux, qui sont prescrits pour réduire les comportements sexuels inappropriés tout en réduisant l'activité sexuelle globale.

Ces traitements doivent être proposés par des équipes spécialisées.

Il existe des référentiels et l'HAS propose notamment un algorithme de la prise en charge médicamenteuse des auteurs d'agressions sexuelles (juillet 2009).

◆ La prise en charge des mineurs

La prise en charge des auteurs mineurs est un domaine peu étudié.

Certains auteurs francophones font néanmoins référence en la matière, c'est le cas notamment d'Yves Hiram Haesevoets qui a étudié le domaine de l'évaluation clinique et le traitement des adolescents agresseurs sexuels depuis le début des années 2000. En Suisse, le professeur Roman a mis au point un questionnaire spécifique de l'investigation clinique de cette population particulière d'auteurs d'infractions à caractère sexuel. Enfin, en France, le docteur Marie Laure Gamet a développé une prise en charge spécifique de ces infracteurs.

LA PRISE EN CHARGE

32. Prise en charge des auteurs d'infractions à caractère sexuel

Ce domaine particulier des infractions à caractère sexuel est un domaine encore peu connu même si les travaux de ces différents auteurs sont prometteurs. Il n'existe pas de consensus international, ni même de recommandations européennes sur la prise en charge de cette population d'infracteurs.

En conclusion

Le risque zéro n'existe pas.

Il y aura toujours des délinquants sexuels, mais la délinquance sexuelle n'est pas une fatalité. Il est possible de mettre en place des politiques de prévention primaire et secondaire, mais ceci nécessite une collaboration entre les différents intervenants du monde de la justice et du soin. Il convient également de rappeler la nécessité de moyens alloués aussi bien aux chercheurs, aux soignants, qu'à la justice. Cette politique à un coût.

Enfin, pour les soignants, il faut rappeler qu'ils peuvent prendre contact avec les centres ressources pour l'aide à la prise en charge des auteurs de violences sexuelles (CRAVS), qui existent maintenant dans chaque région et qui peuvent répondre à toutes les questions pratiques pouvant se poser face à un auteur d'infractions à caractère sexuel dont ils doivent assurer la prise en charge ou l'orientation vers un thérapeute.

BIBLIOGRAPHIE

AUBUT J. (1993) « *Les Agressors sexuels, théorie, évaluation et traitement* », Montréal, Editions de la Chenelière, Paris, Maloine.

AUBUT J., (1993), *Les agresseurs sexuels : théorie, évaluation et traitements*, La Chenelière.

BALIER C. (1998), *Psychanalyse des comportements violents*, Paris, Collection le Fil Rouge, PUF.

CIAVALDINI A. (1999), *Psychopathologie des agresseurs sexuels*, Paris, Masson.

COTE G. (2001), « Les instruments d'évaluation du risque de comportements violents : mise en perspective critique », *Criminologie*, vol. 34, p. 31-45, URI : <http://id.erudit.org/iderudit/004752ar>.

COUTANCEAU R., Smith J. (2010), *La violence sexuelle. Approche psycho-criminologique*. Paris, Dunod.

DANG Vu V. (2010), *L'indemnisation du préjudice sexuel*, Paris, L'Harmattan.

DEBRAY Q. (2007), « *Amours, sexualité et troubles de la personnalité* », Privat.

DSM-IV, *Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux*, 1996, Paris, Masson.

FAYE DIEME M.E., Traore A. L, Gueye S.M.K, Moreira P. M, Diouf A., Moreau J.-C. (2008), « Profil épidémioclinique et prise en charge des victimes d'abus sexuels à la clinique gynécologique et obstétricale du CHU de DAKAR », *Journal de gynécologie, Obstétrique et de la reproduction*, volume 37, N° 4, p. 364-368.

Fédération Française de Psychiatrie (2001), « Psychopathologie et traitement actuel des auteurs d'agressions sexuelles », 5e Conférence de Consensus, FFP.

FOLDES P., CUZIN B., ANDRO A., (2012), « Reconstructive surgery after female genital mutilation ;



a prospective cohort study » *The Lancet*, volume 380, issue 9837, p. 134-141.

GAMET M. L. (2012), « L'expérience d'un dispositif de prise en charge des violences sexuelles des mineurs : constats et perspectives sous l'angle du développement sexuel », *La Lettre du Psychiatre*, volume VIII, numéro 5, 128-132.

GRAVIER B., Lustenberger Y. (2005), « L'évaluation du risque de comportements violents : le point sur la question », *Annales Médico-Psychologiques*, p. 163, 668-680.

HAESEVOETS Y. H. (2001), « Evaluation clinique et traitement des adolescents agresseurs sexuels : de la transgression sexuelle à la stigmatisation abusive », *La psychiatrie de l'enfant*, 2001/2 vol. 44, p. 447-483. DOI : 10.3917/psy.442.0447

Haute Autorité de Santé (2009), « Recommandations pour la pratique, prise en charge des auteurs d'agressions sexuelles à l'encontre de mineurs de moins de 15 ans », www.has-sante.fr

LOPEZ G. (2012), « Clinique et prise en charge des adultes victime d'agressions sexuelles », *Psychiatre*, Elsevier Masson, Paris, 37-510-A-510-A-60.

MARX S., REICHENBACH S. (2012), « Abus sexuels, comment traiter les victimes, comment traiter les agresseurs ? » Transversales, Biarritz.

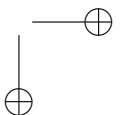
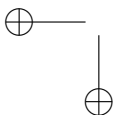
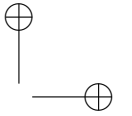
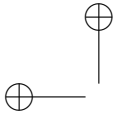
MIMOUN S. (2007), « Prise en charge des dyspareunies et vaginisme », *Manuel de Sexologie*, Masson, p. 373-379.

MOULIER V., STOLERU S. (2007), « À la recherche des bases cérébrales de la pédophilie », *Sexologies*, volume XVI, n° 2, p. 132-137.

ROMAN P. (2012), *Les violences sexuelles à l'adolescence*, Masson.

SENON (2007), « Expertise psychiatrique pénale », rapport d'Audition publique, recommandations de la commission d'audition, Ministère de la Santé et des Solidarités, Paris.

THIBAUT F. (2012), « Violence et sexualité », *La Lettre du Psychiatre*, volume VIII, 133-137.



Septième partie

PASSER PAR LES ÉTATS DE CONSCIENCE

33	Oser l'hypno-sexothérapie	298
34	Corps et imaginaire en hypnosexologie	308
35	L'hypnose pour la sexualité féminine	315
36	L'hypnose pour la sexualité masculine : l'exemple de l'éjaculation rapide	321

33

OSER L'HYPNO-SEXOTHÉRAPIE

Hypnose et sexologie : un mariage bien consommé ! _____

Couple sulfureux s'il en est, l'hypnose et la sexologie s'inscrivent dans la prise en charge psychothérapique des patients souffrant au plus profond de leur intimité.

Leur pratique demande aux thérapeutes une connaissance approfondie des deux domaines, connaissance qui ne peut se concrétiser qu'à partir d'un questionnement personnel sur la relation avec le patient. Ni l'hypnose ni la sexologie ne peuvent s'improviser, le paradoxe étant qu'elles donnent une large place à la créativité et à l'invention commune du thérapeute et du patient.

L'hypnose est la plus ancienne. Son histoire a posé les bases de la psychothérapie et de la psychanalyse. Au fil du temps, elle est sortie de son image poussiéreuse et inquiétante, celle d'une technique liée à la soumission et au pouvoir, pour évoluer, grâce aux travaux de Milton Erickson, vers une approche « écologique », toujours tournée vers une plus grande liberté du patient vis-à-vis de lui-même. Si elle reste aujourd'hui avant tout basée sur une approche globale de l'individu et de ses symptômes, elle implique une prise en compte de deux inconscients (celui du thérapeute et celui du patient), par la mise en œuvre d'une créativité commune. Là résident sa subtilité et sa complexité d'utilisation. Sa modernité aussi !

Ni « sérum de vérité », ni « gomme de symptôme », elle permet, par l'état particulier qui la caractérise dans la relation thérapeutique, une ouverture sur soi, un assouplissement des défenses dans le respect de l'équilibre de chacun.

La sexologie est beaucoup plus jeune. Conçue au départ dans un esprit très discutable « d'une bonne sexualité pour tout le monde » relayé par le concept actuel de « santé sexuelle », elle a subi néanmoins de nombreuses évolutions depuis les années soixante. Issue directement des travaux de Master et Johnson basés sur la physiologie de la sexualité, elle a intégré, en particulier en France, les éléments de compréhension du psychisme humain et de la sexualité infantile à travers les travaux de Freud et de ses successeurs. Elle regroupe une mosaïque d'approches parfois hétéroclites, mais se caractérise par une pluridisciplinarité, tant au niveau des courants théoriques que des modes thérapeutiques.

La rencontre de l'hypnose et de la dimension sexuelle de l'humain ne date pas d'hier. Déjà Mesmer évoquait leur relation autour du baquet et les premiers cas freudiens, notamment le cas Emmy, proposaient une approche thérapeutique cathartique, prémisse de la cure psychanalytique. C'est après une longue traversée du désert que l'hypnose, rajeunie et dégagée des vieilles controverses sur la suggestion, va pouvoir devenir une approche thérapeutique à part entière dans de nombreux domaines médicaux et psychologiques, comme aujourd'hui dans la prise en charge de la douleur et de la « bientraitance » des patients, mais aussi en particulier face à la plainte sexuelle et relationnelle.

Comme dans chaque couple, l'adaptation de l'hypnose à la sexologie se fait par la reconnaissance de leurs points communs mais aussi dans un mouvement de meilleure connaissance de l'autre.

Voici donc ces points communs entre les deux domaines :

- **la prise en charge globale de l'individu.** L'hypnose permet non pas d'isoler le symptôme pour le traiter et l'éradiquer, mais de le considérer comme faisant partie d'un mode de fonctionnement nécessaire au patient, tout au moins au moment de sa demande de thérapie ou de soin. Respecter son symptôme, c'est respecter sa souffrance, c'est déjà le reconnaître dans sa position de sujet ;
- **les liens avec le corps.** L'hypnose comme la sexologie intègrent toutes les dimensions de l'humain : corporelle, sensorielle, érotique, imaginaire, affective et relationnelle. La spécificité de l'hypnose est ce travail sur les liens qui se tissent de façon inconsciente entre toutes ces dimensions, liens souvent ignorés, niés ou brisés. Elle permet de mettre en évidence ces liens, ces « entre-deux » (corps/imaginaire, sentiment/relation, émotion/fonctionnalité) et potentialise leur espace de créativité.

Le corps a une place de choix dans cette conception de la thérapie hypnotique, ce qui n'est pas pour déplaire à la sexologie ! C'est ainsi que tout « matériel » apporté par le patient pourra être utilisé comme vecteur thérapeutique : éléments d'histoire et vécu actuel, fantasmes et rêves, relation à soi et à l'autre, mais surtout relation au corps à travers les sensations externes et internes. La relaxation a un rôle essentiel, mais l'état hypnotique ne se résume pas au lâcher-prise corporel tant décrit, même si celui-ci en est souvent le premier pas. Cette mise en œuvre créative ne pourra se faire qu'à partir de deux conditions : la spécificité de l'état hypnotique et la relation thérapeutique.

On retrouve ainsi dans le vécu de l'expérience sexuelle (sans dysfonctionnement), les caractéristiques de l'hypnose telles qu'elles ont été décrites par les travaux de Price et Barell (1990, 1996) :

- une sensation de détente mentale et de relaxation ;
- une amplification initiale de l'attention puis une attention soutenue avec absorption ;
- une absence de jugement, de contrôle et de censure avec suspension du besoin de contrôle : le Moi en tant qu'instance de contrôle est mis en veilleuse, situation de confiance, lâcher-prise psychique... ;
- une mise entre parenthèses de l'activité mentale réflexive, avec une sensation « d'involontarité » et une impression de réponses automatiques sans effort ni délibération ;
- dans le même temps, une conscience corporelle en action (par des perceptions spontanées en hypnose et par la montée de l'excitation dans la sexualité par exemple) ;
- un éloignement du contexte et un détachement par rapport à l'environnement ;
- une modification subjective de l'écoulement du temps et une suspension de l'orientation temporo-spatiale ;
- des modifications de la mémoire (amnésie ou hypermnésie dans certains cas) ;
- et enfin ce qui fonde le phénomène hypnotique : la dissociation.

Spécificité et originalité de l'état hypnotique en sexologie —

De nombreux auteurs ont tenté de définir l'état d'hypnose : état de conscience modifié, état second, dépotentialisation de la conscience, etc.

Pour ma part, je préfère l'idée de « veille paradoxale » proposée par François Roustang, qui dégage l'hypnose de l'idée du sommeil tout en soulignant la dimension de découverte pour le

patient, d'un état qu'il possède, qu'il ignore et qu'il va « apprendre » à utiliser et à exploiter dans son économie physique et psychique personnelle. Cet état particulier n'est pas sans rappeler celui dans lequel se trouve le sujet dans la relation sexuelle quand elle est satisfaisante. En conséquence, le présumé est que chacun possède en lui des ressources inexploitées, plus particulièrement en matière de désir et de plaisir sexuel, et que tout l'art du thérapeute sera de guider le patient sur le chemin de leur découverte. Cependant, la prudence reste de mise dans ce qui pourrait apparaître comme angélique. De nombreux obstacles souvent s'interposent, c'est pourquoi la formation psychologique au sens large et sexologique dans toutes ses facettes sont indispensables pour se lancer dans l'application de l'hypnose dans les troubles sexuels.

Au-delà du symptôme, c'est un véritable travail sur sa liberté intérieure que le patient va mettre en place dans sa sexualité par cette ouverture de son champ de conscience. Nous sommes donc loin d'une sexologie de « recettes », de réponses toutes faites.

◆ L'originalité de la relation thérapeutique en hypnose

Si l'hypnose est une thérapie basée sur la relation thérapeute-patient par le vecteur essentiel de la parole, il est un fait que son application dans les troubles sexuels reste délicate tant le contexte est anxiogène et implique le plus intime de l'être. Si une certaine forme d'alliance basée sur l'information et l'accord du patient est nécessaire, l'expérience, la finesse clinique et le questionnement du praticien sur lui-même serviront de bases à cette relation d'accompagnement et surtout seront garants de l'éthique interdisant le passage à l'acte.

C'est à ces conditions que l'hypnose peut s'appliquer dans les troubles sexuels.

Plus encore qu'une simple technique, elle redonne ses lettres de noblesse à la sexothérapie, l'extrayant d'un mouvement en marche de médicalisation, de prothèses et de toute-puissance de la chimie.

L'hypnose et ses applications thérapeutiques replacent ainsi la sexologie dans ce qu'elle aurait dû toujours être, une approche de la sexualité humaine toujours singulière, non normative, non formatée, plus qualitative que quantitative, enfin une approche de la sexualité humaine qui privilégie... l'humain.

L'hypnose de **Milton Erickson** a révolutionné l'hypnose « classique » : c'est une méthode active multifocale :

- elle s'adapte à la personne tant dans la forme que dans le fond ;
- elle cherche à augmenter la participation du sujet au processus thérapeutique ;
- elle facilite le « lâcher-prise » par les effets de surprise, voire de confusion... ;

- elle permet une relation totalement différente : abandon de la position autoritaire, position basse du thérapeute, accompagnement, permissivité, adaptation et recherches authentiques des ressources du sujet, prise en compte de la dynamique de l'inconscient...

Mais les deux mouvements concomitants qui font sa force et son originalité sont :

- la prise en compte que la relation est elle-même thérapeutique dans sa dynamique (le thérapeute et son contre-transfert) ;
- la mise en capacité du patient de dialoguer avec lui-même dans des registres jusque-là ignorés, oubliés ou refoulés.

La dissociation, base de l'hypnose

Abordons tout d'abord les différentes définitions du terme dissociation.

Son étymologie vient du latin *dissociare* (qui indique la séparation) et de *sociare* (qui indique l'union, allié, associé). Dissocier veut dire *allier avec le socius*.

Dans le dictionnaire *Le Robert* nous retrouvons trois sens :

1 – Action de dissocier ; son résultat. Dissociation d'une substance par l'action d'un liquide (dissolution), de l'humidité (déliquescence). Dissociation d'un composé chimique en ses éléments. (analyse). – On parle de dissociation moléculaire et de dissociation électrolytique.

2 – Séparation. Dissociation de deux problèmes. La dissociation du Moi dans le rêve (dédoubllement).

3 – Dissociation mentale : avec l'idée de rupture de l'unité psychique, de processus fondamental de la schizophrénie. (désagrégation psychique, dysharmonie).

A contrario, vient l'*association*, la synthèse.

◆ Les définitions théorico-cliniques de la dissociation : neurologique, psychiatrique et hypnotique

En neurologie, elle désignait dans le langage médical des premiers neurologues des troubles liés à des lésions organiques des faisceaux associatifs intracérébraux. Cet usage a disparu avec le temps.

En psychanalyse et psychiatrie, le psychiatre suisse Bleuler va reprendre ce terme (*Spaltung*) dans le cadre de la schizophrénie en tant qu'éléments pathognomoniques de la psychose. Ce terme a d'ailleurs été à l'origine de nombreuses discussions au

sein de la communauté psychanalytique en particulier au niveau des traductions : discordance, rupture, fêlure, cassure, et enfin terme freudien, « clivage ».

Dans *Innovations en hypnothérapie*, Milton Erickson en donne la définition, mécanisme principal de l'hypnose :

« On pourrait ainsi définir l'hypnose comme un état de suggestibilité artificiellement accrue, semblable au sommeil, dans lequel il semble y avoir une dissociation entre éléments « conscients » et « subconscients » du psychisme, dissociation normale, limitée dans le temps, et n'intéressant que certains stimuli. »

Pour la grande majorité des praticiens de l'hypnose, la dissociation est le phénomène déterminant de l'hypnose.

Pour compléter ce bref panorama, il est nécessaire de s'arrêter sur les travaux des pères fondateurs du concept : Janet et Hilgard.

Pierre Janet fut le tout premier psychologue clinicien. Dans son ouvrage principal *L'Automatisme psychologique*, Pierre Janet confirme le caractère psychopathologique de la dissociation, impliquant une part du psychisme échappant au sujet qu'il appellera le « subconscient ». La dissociation désigne pour Janet un défaut « de logique des émotions », un défaut de cohérence et d'activité intrapsychique, un trouble fonctionnel de la conscience, considérée non pas comme modifiée mais comme rétrécie. Notons que ce terme de dissociation n'a cessé d'évoluer au fil de l'œuvre de Janet : désagrégation, division de la conscience, hystérie par division de la personnalité... Nous sommes au XIX^e siècle, avant l'avènement de la psychanalyse dans une conception psychopathologique de la dissociation.

Le passage à une dissociation comprise en tant que mécanisme normal du psychisme humain est théorisé par Hilgard.

Ernest Hilgard et son concept d'« observateur caché », issu de l'hypnose expérimentale (expérience de Stanford), confirmé par des expériences d'analgésie hypnotique. L'observateur caché serait un système opérant en dehors de la conscience, une sorte de vigilance non consciente, partie du psychisme qui serait une forme de « veille » alors que d'autres parties seraient détachées de la réalité environnante. Nous verrons comment cet « observateur caché » peut être très opérant dans les troubles sexuels.

Dissociation et/ou clivage ?

Freud a abandonné la notion de « subconscient » pour construire la théorie psychanalytique de l'inconscient. On distingue deux périodes d'élaboration du concept de clivage (*Spaltung*). Il a d'abord une valeur descriptive : le clivage est le résultat d'un conflit entre instances psychiques. Entre 1927 et 1938, il aborde la question du clivage du Moi dans le cadre de sa réflexion sur le fétichisme et les psychoses, et éclaire d'une autre façon le phénomène de dissociation. Il met en évidence les relations du Moi et de la réalité.

À la fin de sa vie, il décrit un clivage du Moi dans le Moi lui-même et non plus entre instances (entre le Moi et le Ça), qui prend la forme d'un mécanisme de défense, le déni.

Mélanie Klein décrit le mécanisme du clivage de l'objet, scindé en un « bon » et « mauvais » objet, avec clivage corrélatif du Moi en « bon » et « mauvais » Moi. Pour Lacan, la révélation du clivage s'accompagne du « fading », « évanouissement » de la conscience au profit de l'inconscient et source de la conception de la « refente » du sujet, toujours divisé et barré. Dénier et déniégation sont à l'œuvre jusqu'à la forclusion, abolition structurale d'un élément de l'ordre symbolique nécessaire au bon fonctionnement de la psyché.

Arrêtons-nous maintenant sur la phénoménologie clinique de la dissociation dont voici les étapes :

- distraction et absorption par l'induction ;
- détachement de l'espace-temps et du monde extérieur ;
- détachement du réel actuel vis-à-vis d'une partie consciente de soi-même ;
- mise en place d'une auto observation interne ;
- mise en place d'une dialectique interne en interaction avec le thérapeute.

Donc il y a une mise à distance du réel facilitant l'auto-observation, une prise de conscience, une mise en scène psychique et la mobilisation des ressources.

Dans les troubles de la sexualité et de l'intimité, ce modèle s'applique aux différentes sphères mises en jeu tant chez l'homme que chez la femme avec des spécificités suivant le sexe :

- l'histoire sexuelle inscrite dans l'histoire du patient ;
- le rapport au corps, à la sensorialité et à la sensualité ;
- la dimension psychique et les modes de défenses repérables dans le discours ;
- la sphère affective ;
- la sphère émotionnelle ;
- la relation à l'autre.

Ainsi, dans sa dimension hypnodiagnostique, la dissociation pourra être une source de repérage pour étayer la nature psychodynamique des troubles sexuels, dont les plus

communes sont les dissociations corps/esprit, surmoïques (on retrouve « l'observateur caché ») et affectives, avec la dissociation courante amour/sexe.

Elle sera également un outil hypnothérapeutique, quand le besoin s'en fait sentir, en utilisant des techniques comme recréer des passerelles, inventer des métaphores, « faire semblant », possibilité de trouver une suite et une fin à une histoire... Les techniques de « réassociation » auront aussi toute leur place notamment dans les difficultés de plaisir et de sensorialité déficiente.

Aller d'un lieu à un autre : franchir les ponts

Nous avons vu en point de départ la nécessité de l'observation clinique, de l'anamnèse, de l'évaluation et du repérage.

L'hypnose permettant un grand champ de créativité, plusieurs pistes pourront être exploitées, l'important étant que le praticien sache ce qu'il fait.

Faire « confiance à son inconscient », trouver un « lieu de sécurité en soi », sont des points de départ mais ils ne suffisent pas dans la prise en charge des troubles sexuels, qui sont la plupart du temps complexes car s'inscrivant dans une histoire singulière avec de nombreuses interactions.

L'art du thérapeute en hypnose sera justement de prendre en compte toutes les données et de réunir ce qui est souvent éparé.

Plusieurs points de départ seront possibles, l'idée étant, pendant la séance d'hypnose :

- **soit de relier les différents plans de conscience**, corporels – anatomique, sensoriel, imaginaire (représentations et/ou fantasmes) – et symboliques (porteurs de sens pour le patient), pour permettre au patient de réinventer une nouvelle cartographie intérieure de sa sexualité. Les ponts seront alors associatifs. Par exemple lorsque l'évaluation révèle une difficulté au niveau de l'image du corps consciente et inconsciente, un trouble du plaisir, ou de l'orgasme, ou encore dans les difficultés extérieur/intérieur, l'immaturité sexuelle... ;
- **soit de distinguer ces différents plans de conscience**, les disjoindre ou les désolidariser. Les ponts seront alors dissociatifs et permettront la mise à distance. Par exemple en cas de traumatisme, sur les différents registres de l'abus sexuel ou de ce qui est vécu comme tel, le registre incestuel (Racamier, 2010). La disjonction des plans de conscience sera également utile en cas de troubles du désir accompagné d'une bonne fonctionnalité sexuelle sans jamais l'initier, souvent en lien avec une figure parentale introjectée ayant fonction d'interdiction ou en cas de douleur

sexuelle, de croyance erronées... Il s'agit de dissocier l'événement ou le souvenir de sa charge émotionnelle...

◆ La métaphore comme passerelle

Véritable processus de représentation par analogie pour susciter le changement de manière indirecte en contournant le rationnel ou l'intellectualisation si défensive, la métaphore est une des bases de l'hypnose éricksonnienne. La métaphore ne renvoie pas seulement à une expression langagière mais à une véritable façon de penser qui relève du conscient et de l'inconscient (Ducousso-Lacaze, Keller 1995, 2002 ; Lakoff, Johnson 1999).

Ceci concerne également la sexualité et ses difficultés.

Plusieurs plans peuvent être abordés :

- écouter les métaphores du patient pour appréhender son monde sexuel interne en particulier dans l'expression de son symptôme sexuel ;
- proposer des métaphores à partir du matériel du patient ;
- aider le patient à inventer, à faire évoluer son imaginaire érotique ;
- s'appuyer sur le matériel imaginaire pour le faire évoluer, l'enrichir ;
- créer des métaphores à deux...

La métaphore, qui est une construction adaptée, s'inscrit dans la relation spécifique et unique entre le praticien et le patient. Ces ponts dissociatifs et associatifs, ces voies de passages, créent de véritables dynamiques du processus thérapeutique... Mais en matière de sexualité, ces ponts peuvent être flottants, habités, « en porte à faux », levants ou transbordeurs... Leur utilisation devra toujours être prudente et argumentée pour le thérapeute.

Si l'hypnose conversationnelle est intéressante comme mode de communication, le cadre posé des séances formelles est thérapeutique. Il y a ainsi un temps et un lieu pour l'échange et la parole, et un temps et un lieu pour le vécu hypnotique.

Le choix du moment de l'hypnose sera différent suivant les histoires cliniques mais toujours en accord avec le patient, ce qui est primordial sur le plan éthique.

Les indications seront pour tous les troubles sexuels d'origine psychogène ou en accompagnement d'un traitement.

BIBLIOGRAPHIE

- ARAOZ D. (2000), *Hypnose et sexologie*. Paris, Albin Michel
- BELLET P. (2002), *L'hypnose*, Paris, Odile Jacob.
- BOY A. et Michaud D. (2007), *Traité d'hypnothérapie*. Paris, Dunod.
- BOY A., Wood C. Celestin Lhopitaux I., (2010) *Aide-mémoire de l'hypnose*, Dunod,
- HALEY J. ; (1990), *Changer les couples, conversations avec Milton Erickson*, Paris, ESF
- HALEY J. (1984), *Un thérapeute hors du commun*, Coll. Hommes et groupes, Paris, Epi ;
- MIGNOT J. *Hypnose et sexualité, un mariage bien consommé*. Revue *Hypnose et thérapies brèves*, Métawalk, 2006 ; 1 : 60-67.
- MIGNOT J. et Coll. *Soigner les troubles sexuels par l'hypnose*, Hors Série N° 1 de la revue *Sexualités Humaines*, 2011.
- RACAMIER P.C. (2010), *L'inceste et l'incestuel*, Paris, Dunod.
- ROBLÈS T. *La diplomatie hypnotique au cœur du conflit conjugal*. Revue *Hypnose et thérapies brèves*, Métawalk, 2006 ; 1 : 42-59.
- ROUSTANG F. (1994), *Qu'est-ce que l'hypnose*, Paris, Editions de Minuit.
- SALEM G. et BONVIN E, (2007), *Soigner par l'hypnose*, Paris, Masson, 4e édition.
- VAN DER HART O, NIJENHUIS, ER. S, STEELE, K., (2010), *Le soi hanté, Dissociation structurelle et traitement de la traumatisation chronique*, Bruxelles, De Boeck.
- VIROT C. Coll. (2007), *Hypnose contemporaine et thérapies brèves, le temps de la maturité*, Gap, Le Souffle d'Or.
- VIROT C. Coll. (2007), *Recherches et succès cliniques de l'hypnose contemporaine*, Gap, Le Souffle d'Or.

34

CORPS ET IMAGINAIRE EN HYPNOSEXOLOGIE

Ouvrir le champ de conscience sexuel corporel

Le travail avec et grâce au corps est central dans les techniques hypnotiques. C'est en ce sens que l'hypnose, par la mise en place d'un état de conscience particulier, va permettre un accès privilégié aux fonctions corporelles et sexuelles dans toutes leurs dimensions. L'hypnose peut être considérée comme une thérapie psychocorporelle par les interactions qu'elle permet entre la dimension imaginaire, psychique et somatique. Ces interactions sont celles qui s'expriment à travers le symptôme sexuel, qui restreint considérablement l'accès à l'épanouissement et contraint le sujet. Ainsi, si le symptôme sexuel est un langage, il est aussi source de contraintes pour la vie de relation et de plaisir. Il sera donc indispensable de déterminer les axes d'évaluation du trouble mais surtout d'en saisir les multiples points saillants de connexion. Ce n'est qu'à partir de cette évaluation que le choix de la technique hypnotique se fera.

La première condition sera l'adhésion du patient et son consentement à l'utilisation de l'hypnose. À ce niveau, la position du patient est d'elle-même très parlante : la représentation qu'il a de l'hypnose dans ses aspects magiques, la construction imaginaire autour de la toute-puissance de la technique, la crainte ou le refus qui peuvent s'exprimer, l'adhésion immédiate ou encore la réticence, auront en soi une valeur diagnostique. Le rapport au corps du patient sera en soi très révélateur de son

rapport à la sexualité. L'expérience passée du patient aura aussi son importance, en particulier s'il a déjà expérimenté des approches similaires ou même a déjà fait de l'hypnose dans d'autres circonstances (arrêt du tabac, phobie...).

L'objectif sera donc, par l'entrée en contact avec le corps, d'accéder à des couches plus profondes, plus archaïques aussi, si on considère que le corps est le siège privilégié de l'inconscient.

Trois plans du corps : sensation, mouvement, représentation .

Sensation, mouvement, représentation seront abordés en hypnose afin de restaurer la sexualité sur plusieurs niveaux d'ouverture du champ de conscience sexuel :

- la prise de conscience d'avoir un corps global vivant ;
- la conscience d'avoir des parties du corps autonomes en particulier la zone du bassin et la zone génitale ;
- l'acceptation de la sensation externe du corps puis interne ;
- l'acceptation d'une « non-maîtrise » et du corps autonome, avec la question du danger et du « lâcher-prise » ;
- l'accès aux différentes zones érogènes personnelles du patient ;
- l'accès à l'érotisation du corps par l'acceptation du plaisir ;
- l'accessibilité au corps de l'autre.

Comment faire ?

Tout d'abord, on va toujours en hypnose partir du matériel « corporel » du patient. Tout le repérage corporel sera essentiel : observation in vivo, langage du corps, éléments de construction corporels de la sexualité, repérages des carences sensorielles, dimension narcissique corporelle, somatisations, douleur...

◆ Créer une cartographie

La relaxation est une des portes d'entrée dans l'état hypnotique mais c'est aussi un de ses effets. Source de bien-être ou d'angoisse, les premiers exercices de relaxation insistent sur la détente superficielle et profonde. Cette cartographie permettra à la fois un repérage à travers ce que le patient va en dire mais aussi une reconstruction.

L'attention/absorption va permettre une ouverture du champ de conscience corporel grâce à l'introduction de la relaxation musculaire et articulaire, mais aussi de l'attention portée sur les différents états toniques du corps, et notamment la comparaison entre certaines parties du corps plus tendues que d'autres. Ceci peut

aussi se concrétiser par la visualisation de parties du corps plus « claires » ou plus « sombres » faisant déjà appel à la représentation interne, afin de permettre à la patiente d'établir une sorte de cartographie de son corps en utilisant les couleurs et le relief. Ce travail sera d'abord global puis cette cartographie va s'affiner petit à petit au fil des séances et les zones d'ombre vont peu à peu s'éclaircir, favorisant l'intégration des parties du corps ignorées ou niées. Cette cartographie s'appuiera aussi sur la « mémoire du corps », à travers ce que le patient pourra dire mais aussi à travers l'observation clinique du langage non verbal.

◆ Prendre le chemin sensorialité-sensualité-sexualité

Cette cartographie va s'enrichir du travail sur les cinq sens. Permettre au sujet de prendre conscience et d'expérimenter à travers l'état d'hypnose les sens qui lui sont les plus actifs, puis de développer ceux qui sont « en retrait », va lui permettre dans un premier temps d'élargir sa palette également dans la sensualité. Un saut (on peut voir avec ses oreilles, toucher avec ses yeux...) sera alors nécessaire pour que le patient fasse passer cet ensemble d'expériences du côté du sexuel. Cette découverte, qui passe par l'écoute de son corps avec l'aide d'induction autour du jeu des sensations diverses (chaleur, fraîcheur, lourdeur ou légèreté, fluidité, ondulation, vibration, rythmes...), va lui permettre d'accéder progressivement à ce qui est souvent la source des retenues, c'est-à-dire l'acceptation de l'excitation corporelle et sexuelle. Le travail de la psychothérapie verbale fera ici son œuvre à travers la relation thérapeutique.

◆ Voyager dans son corps, visiter la zone sexuelle

Cela sera possible en s'appuyant sur la physiologie féminine et masculine. Des exercices de tension/détente pourront être mis en œuvre en état hypnotique pour ouvrir le champ de conscience sur certaines zones comme le périnée par exemple. Suivant les patients, on pourra partir d'éléments rationnels comme les planches anatomiques, la courbe de la physiologie sexuelle, ou bien utiliser les représentations de la patiente (évoquées lors de l'entretien), ou encore proposer des métaphores.

◆ Respirer autrement

Utiliser le souffle comme vecteur de prise de conscience du corps sexué n'est pas une « invention » des techniques hypnotiques. C'est même la base de nombre d'approches orientales (méditation, yoga, etc.). L'originalité ici, outre la relaxation induite, est que dans l'état hypnotique, le souffle va être orienté et servir de lien. La respiration abdominale, le souffle dirigé (dans diverses parties du corps et dans la zone sexuelle interne et externe) va aider à établir ces liens, à recréer des espaces internes

et à prendre conscience des mouvements possibles et acceptables en toute sécurité. Établir la différence entre inspiration et expiration mais aussi apnée est important pour modifier certaines habitudes ou aider à l'utilisation de la respiration dans ses différentes phases. Par exemple une respiration lente et ample n'entraînera pas les mêmes effets sur la montée du plaisir qu'une respiration rapide...

◆ Dialoguer entre les différentes parties du corps

Quand on sait la distorsion entre ce qui se passe par la tête et le corps (« Je voudrais connaître le plaisir mais mon corps dit non », ou bien « Je suis capable d'avoir du plaisir mais je n'ai jamais envie... autrement dit, ma tête dit non... »), il peut être très utile permettre « l'envoi de messages » entre les différentes parties du corps.

Daniel Araoz (1994) propose une approche corporelle exploratoire qui, à partir d'une évocation du problème sexuel, permet de repérer les sensations qui émergent pour le patient « Laissez votre esprit intérieur vous aider à comprendre pourquoi vous avez ressenti ces sensations et émotions précises lorsque vous avez pensé à ce problème... »... Les informations peuvent être élaborées juste après la séance mais aussi à un autre moment, entre deux séances. En ce sens, il est important de signaler au patient que le « travail » de l'inconscient se poursuit bien après la séance et que « l'entre-séance » a une valeur importante dans le processus thérapeutique, d'autant plus que la sexualité « active » se vit en dehors du cabinet.

Agir directement sur le symptôme ? _____

Daniel Araoz propose trois techniques qui agissent directement sur le symptôme sexuel, avec l'idée que la levée même du symptôme peut donner accès à un travail en profondeur.

1. **Les « états du Moi »** : il s'agit d'utiliser la négociation ou le conflit entre deux représentations du sujet, symptomatique ou non symptomatique.
2. **Le symptôme-messager** : il s'agit de permettre au patient de rencontrer son symptôme sous une forme « matérialisée » qui induira une modification ou une disparition du symptôme ;
3. **La « bonne santé sexuelle »**, s'appuyant sur les processus corporels liés à la santé, les forces bienfaitantes naturelles qui régénèrent, renforcent... Dès la levée du symptôme, le thérapeute invite le patient ou le couple à aller plus loin sur le sens, sur les causes et les effets...

- **Les techniques symptomatiques de transfert** utilisent des ponts entre les sensations dans différentes parties du corps, ou des ponts avec des évocations présentes ou passées. La « passerelle affective » de Watkins, où on demande au patient d'associer des sensations désagréables liées au problème, de les intensifier jusqu'à ce que le lien se fasse avec une expérience antérieure, mixte une technique du corps avec une « régression en âge » et un travail plus analytique. Le transfert également de la relaxation globale sur la sphère sexuelle peut aussi être intéressant dans certains cas, comme pour les éjaculateurs précoces à forte anxiété.
- **Les techniques symptomatiques dites « non dirigées »** renvoyant à l'utilisation de la métaphore sont très utiles en particulier quand on repère des mécanismes « d'auto-hypnose négative », qui induisent des cognitions plus ou moins conscientes mais très opérantes. Elles permettent ainsi une distance psychique et une créativité qui s'inscrit dans le lien corps/imaginaire. La « projection dans le futur », qui consiste pour le patient à se représenter changé pour lui-même et/ou dans la relation, fait appel à toutes les dimensions corporelles, sensorielles, sexuelles.

« Cet exercice mental fait appel à tous les sens, et s'attarde sur toutes les caresses et sensations agréables, senteurs et goûts plaisants, visions et sentiments réjouissants. Il n'est pas nécessaire que l'hypno-sexothérapeute devienne, en l'occurrence, voyeur professionnel en entrant dans chaque détail de l'expérience sexuelle positive que le couple vit mentalement. »
(Araoz, 1994)

L'objectif de cette première étape est la modification de la relation au corps, à la zone sexuelle, sur le plan anatomique et fonctionnel. Cette évolution se fera grâce à l'intégration cognitive qui se produit grâce à l'hypnose de façon très spécifique : attention/absorption-plongée dans l'inconscient corporel, accès au conscient à travers la concrétisation dans le vécu corporel et la mise en mots qui permettent une métabolisation (le processus analytique aura sa place si le patient y est prêt), puis retour à l'inconscient des nouvelles données pour générer le changement. La relation au thérapeute sera primordiale et en particulier dans la perspective éricksonnienne, la position basse du thérapeute donnant toute leur place aux ressources du patient.

Il est important, et cela dépendra de la structure de personnalité du patient, de lui laisser le choix d'un fonctionnement volontaire ou involontaire dans les premières séances qui, étant donnée la matière sensible, peuvent être source de résistance.

◆ Axe imaginaire

Celui-ci va s'entendre au sens large en hypnose et va comporter plusieurs portes d'accès. L'hypnose étant une thérapie active, l'une ou l'autre porte sera choisie en

fonction des capacités du sujet à spontanément s'évader, notre rôle étant de l'aider à avoir accès à des ressources créatives jusque-là insoupçonnées.

Les différentes « nature » des images utilisées porteront leurs fruits différemment. Comme le décrit Jean Peyranne (2010) : image copie par imitation et production du réel, image symbole, image esthétique ou image fantasme, chacune de ces formes sera évoquée et utilisée en hypnose.

Plusieurs possibilités s'offrent à nous :

- partir du vécu à travers le souvenir fondateur de l'érotisation dans son histoire ;
- utiliser les éléments d'expérience de la sexualité du sujet, aussi ténus soient-ils, recueillis dans les entretiens ;
- utiliser la métaphore. Cette porte est double : elle peut partir d'une induction à partir d'un élément de l'histoire du sujet et s'inventer à deux au fil de la séance. Elle peut aussi être une proposition construite du thérapeute en s'appuyant soit sur un conte, soit sur un script. Elle peut aussi partir d'un rêve nocturne ou d'une rêverie diurne.

La dimension symbolique est ici essentielle. C'est elle qui va permettre d'ouvrir vers un « au-delà du symptôme », de se dégager d'un réel trop anxiogène qui entraîne dans la spirale de l'échec si connue en sexologie.

C'est cette dimension qui va ouvrir la porte du sens.

◆ Résister... !

La question des résistances plus ou moins conscientes est très vive lorsqu'on aborde la sexualité et ses troubles. Plusieurs nécessités s'imposent : les repérer d'abord, et en cela une bonne connaissance des mécanismes de défenses est nécessaire. Les accueillir ensuite, comme faisant partie du fonctionnement psychique et corporel du patient. Le symptôme sexuel, et toute action ou inaction visant inconsciemment à le perpétrer, est en lui-même une résistance. Si on prend l'exemple du vaginisme, la résistance est l'essence même de la problématique. Il sera donc absolument nécessaire que la patiente prenne conscience de « sa fermeture », qu'elle l'apprivoise, avant de lui suggérer des possibilités d'ouverture de son vagin. Sans compter que le niveau réflexe est le plus souvent décrit à l'approche de toute pénétration. En cela, les techniques dites « armées », comme celle des bougies utilisées chez elle par la patiente par exemple pourront être proposées, non pas directement, mais accompagnées par l'auto-hypnose et toujours des précautions éthiques.

La résistance au changement révèle un conflit intérieur et c'est aussi ce conflit qui aura à se travailler :

« Votre esprit conscient ne sait pas avec certitude ce que veut votre esprit intérieur. Il est possible que votre symptôme ne puisse disparaître actuellement parce que votre esprit intérieur s'en sert dans un but que votre esprit conscient ignore ... »

Le mot « esprit » peut être remplacé par le mot « corps »...

Confusion, dissociation, mais surtout créativité, invention dans la prudence et le respect, permettent, par l'ouverture du champ de conscience sexuel, la mise en place d'une meilleure santé sexuelle.

BIBLIOGRAPHIE

ARAOZ D., (1994), *Hypnose et sexologie, une thérapie des troubles sexuels*, Paris, Albin Michel

PEYRANNE J., (2010) L'imaginaire érotique, un passeport pour le désir, Revue *Sexualités*

Humaines, n° 4, janvier/février/mars 2010, Editions Métawalk

HÉRIN J.-M., 2 (012), « La chirurgie autrement. Hypnose et bientraitance », Revue *Hypnose et Thérapies brèves*, n° 27 Editions Métawalk

35

L'HYPNOSE POUR LA SEXUALITÉ FÉMININE

Une thérapie active pour les femmes

Quelle que soit son histoire, un symptôme sexuel s'inscrit dans une vie sexuelle de femme, qui se construit depuis sa naissance et évoluera jusqu'à sa mort.

Car la sexualité est « vivante et active tout au long de la vie », même endormie, quels que soient les écueils. Précisons que la construction de la conscience du sexe chez la petite fille est plus complexe que chez le garçon, de par son anatomie en grande partie interne. Par ailleurs, le poids de la morale sur la sexualité féminine et les idées reçues vont encore bon train, malgré de grandes avancées (contraception, avortement, sexualité plus libre). Ces aspects incontournables sont à prendre en compte pour une prise en charge sérieuse en hypnose.

Les troubles de la sexualité secondaires seront toujours plus faciles à aborder par l'hypnose car il sera alors possible de s'appuyer sur les traces des expériences vécues. Cela dit, nous nous trouvons fréquemment devant des troubles primaires avec lesquels nous devons faire ! Nous travaillerons donc toujours à partir du matériel psychique et corporel de la patiente. Différents axes vont pouvoir se tisser par cette approche.

◆ L'axe corporel toujours en lien avec l'imaginaire et la mémoire

Travailler avec et sur le corps en hypnose chez la femme est un parti pris qui va permettre plusieurs ouvertures.

À partir du produit ce que la petite fille aura construit inconsciemment au fil de son évolution corporelle et relationnelle, à partir aussi de ses souvenirs conscients des étapes de sa vie de femme (premières règles, transmission maternelle, masturbation...), partir aussi de ses premiers rapports et l'importance de l'expérience vécue de la pénétration et des traces mnésiques, sensorielles et émotionnelles qu'elle a laissées se fonderont des bases de travail en hypnose.

Reconnaître, « apprivoiser », intégrer son sexe en s'appuyant sur la physiologie est une étape fondamentale. Nous l'avons vu, nombre de femmes ont une image de leur corps sexué très floue voire inexistante. Leur permettre à travers l'expérience hypnotique de nouer un contact de l'intérieur d'elles-mêmes, d'accéder à travers la visualisation/sensation à leur image corporelle consciente et est très important dans la démarche d'acceptation de leur corps sexué. Ceci peut se faire en plusieurs étapes et sur différents plans :

Les étapes : découverte de leurs zones érogènes, attention portée sur leurs zones sexuelles externes, voyage dans le corps avec découverte de la vacuité (vagin et utérus) mettant d'emblée en évidence le distinguo entre zone de plaisir clitoridienne et vaginale et zone maternelle. Suivant les patientes on peut partir d'éléments rationnels comme les planches anatomiques, la courbe de la physiologie sexuelle ou utiliser les représentations de la patiente (évoqué lors de l'entretien) ou bien encore proposer des métaphores.

En ce sens, les travaux de Monique Schneider dans son ouvrage *Le Paradigme féminin*, sont très utiles : le temps de la germination, la naissance de la féminité à partir d'un corps d'enfant, les questions de l'effraction, de l'expulsion dans la métaphore de l'invasion du territoire interne la question de l'existence de la « demeure interne », le seuil de la porte et le « laissez-passer », le statut de l'autre en tant qu'intrus ou invité, le sexe comme « contrée habituellement placée sous le signe d'un interdit de parole », la menace de « l'effraction du vivant », de la protection de la « virginité virtuelle », du passage du « trou » au « creux »...

La respiration et sa « prise de conscience », d'abord telle qu'elle est puis telle qu'elle peut être utilisée, est aussi essentielle en ce qu'elle permet à la patiente de dépasser certains blocages et de « se retrouver » dans « un flux et un reflux sécurisant ».

La mise en évidence, grâce à l'hypnose et à ses techniques, de la capacité de la patiente à devenir « maîtresse » de sa sexualité, est primordiale. Car dans l'esprit de

beaucoup de femmes encore aujourd'hui, et notamment celles qui nous consultent, la sexualité est soit accessoire, soit faite pour les hommes, soit inutile sauf à avoir des enfants.

Chaque femme ira où elle le souhaitera, où elle le pourra aussi. Nous avons à les accompagner sur ce chemin sans a priori et surtout sans être dogmatique. L'utilisation de symboles universels à travers les métaphores représente une belle opportunité pour ce travail (je pense à la rose ou à l'eau, symbole de féminité, mais aussi à la métaphore de la maison, avec l'usage des différentes pièces de la cave au grenier...). Les métaphores évoqueront tout ce qui tourne autour de la vacuité, du contenant et du contenu, par exemple un voyage dans une belle grotte aux merveilles insoupçonnées, un jardin extraordinaire, luxuriant et sensuel, la découverte d'une malle aux trésors, la traversée de forêts merveilleuses... La métaphore de l'arbre puissant et sécurisant peut aussi servir d'appui à l'introduction de la dimension virile et masculine... Ce ne sont que des exemples, et le thérapeute en hypnose doit être adaptable, c'est sa qualité première ! Et ceci est d'autant plus vrai en matière de troubles sexuels.

◆ Les métaphores faisant référence à la sexualité et à l'érotisme

Il s'agit de faire en sorte que la patiente se permette d'être son propre « metteur en scène », en inventant ou réinventant le passé, le présent et l'avenir de la sexualité. Ainsi, ces métaphores peuvent intégrer des éléments clé de l'histoire de la patiente. L'important est dans un premier temps d'utiliser des évocations floues qui ne sont que des débuts d'aventures, d'éviter les descriptions sexuelles précises ou crues, toujours dans le souci du respect de l'imaginaire de l'autre et pour éviter toute suggestion trop directe et risque de projection.

◆ SPS

Si la construction et la fonctionnalité de la sexualité s'inscrivent dans le temps de la naissance à la mort, elles sont aussi très sensibles au temps qui passe pour les hommes, pour les femmes comme pour les couples.

- Tout d'abord, nous avons vu que le temps « féminin » est avant tout cyclique (règles, maternité, ménopause...) et que la sexualité féminine s'inscrit dans un mouvement de vie avec des grandes étapes de bouleversement physiologiques et psychologiques.
- Deuxième point : les processus d'anticipation négative, proches de ce que Daniel Araoz appelle « l'auto hypnose négative », sont extrêmement actifs dans les troubles de la sexualité féminine et induisent souvent un renforcement du symptôme.

C'est sur ce socle du temps que la déstabilisation sexuelle s'installe.

Les techniques de la régression en âge et de la distorsion du temps, utilisées en hypnose, trouvent toute leur place dans ce contexte.

- **La régression en âge** : un retour sur les premiers apprentissages, les premiers émois sensuels et sexuels mais aussi, si cela est judicieux, sur les premiers rapports sexuels ou les étapes qui jalonnent l'histoire sexuelle et relationnelle de la patiente, permettra de la réinventer (ou certaines séquences) avec une nouvelle perspective.
- **La distorsion du temps** : il est très utile de faire un travail sur la réduction des effets émotionnels des épisodes traumatiques.

Dans le cas des abus sexuels et de leur impact sur la sexualité, temps et espace sont intimement liés. Par son effraction, l'agresseur n'a pas seulement endommagé le « territoire » intime, il l'occupe durablement. Ce sentiment d'envahissement est souvent évoqué par les patientes qui ont subi des abus ou des viols. Nous voyons ici poindre des métaphores liées à « l'envahisseur » et aux territoires possédés ou libérés...

L'hypnose pour le vaginisme

« La sexualité, amenée par l'autre, s'inscrit dans l'altérité et inscrit dans le même mouvement l'existence de l'étranger en soi et l'étrangeté de l'inconscient... à condition qu'il admette l'effet de l'autre en lui... » (Chabert, 2003).

Le vaginisme, qu'il soit primaire ou secondaire, est une des indications privilégiée de l'hypnose en sexologie.

Nous savons que cette « hypercontraction des muscles vaginaux et périvaginaux » peut avoir plusieurs visages :

- la dimension phobique, lorsqu'elle est prépondérante, peut se travailler en lien avec l'objet phobogène qui est souvent lié à la dimension phallique du sexe masculin ou à la peur panique de l'intrusion. La « juste distance », l'appropriation, les changements de formes, de matières, des contes comme le Petit Prince ou Alice au pays des merveilles peuvent être utilisés ;
- lorsqu'il s'agit plutôt d'une distorsion de l'image de corps, une problématique qui touche au « plein et au vide », à la vacuité impossible, au passage de l'extérieur vers l'intérieur, à l'incapacité de se représenter l'intérieur du corps tant sur le plan sensoriel que visuel, à l'incapacité de dissocier vagin et utérus, on pourra utiliser les métaphores invitant à une visite de la maison-corps, de la caverne et ses

multiples découvertes, le haut et le bas par la métaphore de la montagne, des cols et des vallées... La métaphore de la fleur et de ses pétales au niveau de la prise de conscience de la vulve pourra être évoquée ;

- lorsque le vaginisme est lié à la douleur, une évaluation fine de cette douleur sera indispensable. Le travail sur le corps-mémoire, sur le droit à l'oubli, sur les défocalisations issues des techniques d'analgésie hypnotique, de transfert de sensation, de respiration, permettront de mettre à distance les empreintes douloureuses. En ce sens, il s'agira de travailler la trace de la cicatrice (et les éléments actifs de cicatrisation), la diffusion de la sensation douloureuse à partir du point de focalisation, *comme une tache d'encre sur un buvard*, l'utilisation du « thermostat interne » avec lequel la patiente peut régler sa douleur ;
- bien souvent se surajoutent les effets de la loi interne (Surmoi) et le rôle actif des interdits. Permettre à la patiente en séance d'hypnose de transgresser, de désobéir, de vaincre « les panneaux de sens interdits », de trouver aussi quelle est la figure de ce Surmoi et d'accepter d'être le pilote de sa propre vie sexuelle, est essentiel ;
- il n'est pas rare aussi que cette femme soit « encombrée » et qu'ainsi l'accueil « de l'étranger en elle est impossible ». La « défusion » d'avec la mère est alors nécessaire pour lui permettre de vivre une sexualité pleine et entière. Se débarrasser des « encombrants », faire de la place, ranger « ses placards » : la métaphore du volcan en éruption qui libère des coulées de lave, qui rend ainsi le sol fécond et modifie le paysage, est ici une piste hypnotique intéressante ;
- les fantasmes autour du risque d'éclatement corporel et psychique, de « vagin sans fond », doivent ne jamais nous faire oublier que les résistances au traitement ont leur sens et protègent la patiente à la personnalité fragile. Il conviendra donc d'être prudent, surtout quand aucune amélioration ne se manifeste. Les éléments dépressifs seront à apprécier. Traiter un vaginisme peut consister alors à aider, avec l'aide « d'une bonne colle » la patiente à recoller les morceaux ;
- nous savons enfin que vaginisme et violences sexuelles sont souvent concomitants. Tout en étant toujours très prudent dans les relations de « causes à effets », il sera intéressant de retravailler le vécu émotionnel de la situation en permettant à la patiente de redevenir la « metteuse en scène » de sa vie, de modifier les couleurs d'un passé, en voyant celles du présent et en envisageant celles du futur... La métaphore de la maison d'abord fermée aux portes et aux fenêtres qui s'ouvrent progressivement sur de beaux paysages, mais aussi sur des jardins magnifiques, est une perspective hypnotique possible. Apprendre à se protéger de l'agresseur avec les ressources d'aujourd'hui en est une également.

L'hypnose pour l'anorgasmie et les troubles du plaisir

La distinction entre difficulté d'excitation, de plaisir, et troubles à différents degrés de l'orgasme, est absolument à faire avant d'utiliser l'hypnose.

En ce qui concerne les troubles de l'excitation, le travail à partir de « l'ici et maintenant » des sensations physiques va permettre d'induire des techniques de relaxation et surtout d'alternance tension/détente de certaines parties du corps. La lubrification (technique de transfert à partir de la salivation), la vasodilatation et les sensations de chaleur, les notions de vibrations, de résonance mais aussi d'autorisation à vivre cette excitation seront des aides précieuses.

Au niveau des difficultés de plaisir plus ou moins généralisées, on ouvrira la voie avec un travail sur les cinq sens en partant du plus facile pour la patiente, un travail sur la sensualité globale du corps, sur la suggestion en état hypnotique d'une sensibilité corporelle étendue à la peau, c'est-à-dire à l'enveloppe du corps sensible, sur le repérage des zones érogènes, sur l'utilisation de la diffusion de sensations notamment quand le plaisir est décrit comme « extérieur » et qu'il reste « bloqué », sur la légèreté pour se dégager des tensions qui arrêtent la montée du plaisir sexuel, sur la découverte de nouveaux plaisirs à travers un voyage extraordinaire.

Quand les troubles sont fixés sur l'impossibilité d'avoir un orgasme, la respiration, les expériences de contraction/détente du périnée, la volupté dans ses diverses représentations seront à prendre en compte. Le fameux « lâcher-prise » doit s'entendre plus sur un plan psychique que sur un plan de décontraction physique, tant nous savons que de nombreuses patientes connaissent l'orgasme dans un état de tension extrême.

Tous ces symptômes peuvent cacher des troubles du désir ou en être la conséquence. Avant d'utiliser l'hypnose, il conviendra donc de toujours mesurer cette dimension pour la patiente, ainsi que « l'état du couple » dans l'actualité de la demande. L'hypnose ne pourra aider vraiment qu'au prix de toutes ces précautions et sera alors une belle porte d'entrée sur une sexualité librement consentie et justement épanouie.

BIBLIOGRAPHIE

BOY A., WOOD C. Celestin Lhopitaux I., *L'Aide-mémoire de l'hypnose*, Dunod, 2010

CHABERT C., (2003) *Féminin mélancolique*, Paris Puf.

CHASSEGUET-SMIRGEL J., *La sexualité féminine*, Paris, Payot

SCHNEIDER, M. (2004), *Le paradigme féminin*, Paris, Aubier

36

L'HYPNOSE POUR LA SEXUALITÉ MASCULINE : L'EXEMPLE DE L'ÉJACULATION RAPIDE

*Il était une fois une jolie postière
Qui pouvait voyager plus vite que la lumière
Distribuant son courrier relativement vite
Les lettres étaient reçues avant qu'elles ne soient écrites...*

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

Les indications de l'hypnose pour les troubles de la sexualité masculine s'inscrivent souvent dans une prise charge globale et toujours avec l'extrême vigilance du bilan organique. La charge d'anxiété est la plupart du temps massive, quelle que soit l'expression du trouble. Faire baisser le niveau de cette anxiété sera souvent une des premières tâches à accomplir et en ce sens l'hypnose nous est d'une grande utilité. Mais pas seulement...

Nous prendrons ici plus particulièrement l'exemple de l'utilisation l'hypnose pour l'éjaculation rapide.

Précoce, prématurée, hâtive, rapide ? Quatre termes formulés par les patients qui consultent pour trouver une solution à ce qu'ils vivent la plupart du temps comme un manque de « maîtrise » de leur fonctionnalité sexuelle. Ils sont en conflit voire en

36. L'hypnose pour la sexualité masculine : l'exemple de l'éjaculation rapide

colère contre eux-mêmes. En fait, le rapport à la pulsion sexuelle (« Je suis pulsif » déclarait un de mes patients !) est au centre de cette problématique, mettant en évidence les rapports au corps conscient/inconscient, le centre même de la question étant « Ma tête voudrait que cela dure (quoi d'ailleurs ?) et mon corps m'échappe... ». Le « fiasco » cher à Stendhal suscite bien des questionnements sur la difficile alliance entre le désir et le respect, entre la quête de plaisir et les interdits dans la sexualité masculine.

« Du fiasco à l'impuissance plus installée, en passant par l'éjaculation précoce, le symptôme signe la présence d'un conflit psychique et de l'infantilisme de la sexualité. Si le motif incestueux n'est jamais absent, il emprunte souvent des chemins compliqués voire éloignés. » (André 2013)

Si l'on se place sur le plan hypnodiagnostique, nous sommes en pleine dissociation. S'il est reconnu que l'éjaculation rapide est le trouble sexuel masculin le plus fréquent, et concernerait 30 % des hommes (Lauman et al., 1999, 2005, Montorsi, 2005), le lien entre le corps et le temps inscrit dans une histoire singulière est aussi à l'œuvre. C'est ce qui va nous intéresser ici.

L'expérience clinique montre que l'hypnose est une alternative particulièrement intéressante car elle présente l'avantage d'envisager le patient dans sa globalité somato-psychique et de permettre la prise en charge sur des plans très différents suivant le vécu du patient, la nature du symptôme et ses conséquences sur l'individu et le couple. Après un bref rappel des travaux et des processus en marche dans l'éjaculation en particulier sur le plan physiologique mais surtout psychologique, nous explorerons les sept voies d'accès pour traiter l'éjaculation rapide grâce à l'hypnose.

Des bases incontournables

Il existe un certain nombre de définitions théoriques de l'éjaculation rapide. Elles vont de la pathologie personnelle à la déficience relationnelle, et prennent en compte le nombre de poussées pelviennes, la durée de pénétration, la fréquence orgasmique de la partenaire, le contrôle sur le réflexe éjaculatoire, la capacité d'éjaculer au moment désiré, des critères subjectifs du couple, voire des critères évolutionnistes. N'oublions pas la définition de l'Association américaine de psychiatrie, DSM-IV, qui va proposer dans son futur DSM-V une définition plus précise encore et qui reste à discuter. Le livre de François de Carufel (2008) détaille très précisément ces définitions.

Robert Porto dans son article « Aspect psychologiques de l'éjaculation prématurée » reprend les grands axes nécessaires et suffisants pour une connaissance de cette difficulté masculine. Les formes cliniques primaires (l'homme a toujours eu cette difficulté) ou secondaires (il a connu un délai éjaculatoire satisfaisant) conditionnent la prise en charge en particulier par l'hypnose. En effet, « la mémoire corporelle positive » liée à la satisfaction et surtout dénuée d'aspects anxiogènes qui s'est inscrite dans le trouble secondaire sera une base de travail exploitable qui n'existe pas dans les troubles primaires et permanents. Bien entendu, et Robert Porto le souligne, la subjectivité de l'homme face à son vécu de l'éjaculation est essentielle dans le devenir de la thérapie. Nous voyons souvent des hommes inquiets, pour lesquels le recadrage sexologique est nécessaire, qui ne sont pas éjaculateurs précoces mais plutôt dans un doute face à leur « performance », avec une exigence excessive vis-à-vis d'eux-mêmes ou des fausses croyances traduisant un problème plus profond.

Trois points sont à souligner et à prendre en compte :

- il existe une variabilité naturelle selon le contexte, plus ou moins stimulant ;
- l'éjaculation précoce peut être émotionnellement induite ;
- enfin ce trouble peut être révélé par une plainte pour dysfonction érectile, souvent liée à la tentative désespérée de l'homme d'annuler toute sensation de plaisir par peur d'éjaculer « trop vite ».

Se repérer... une nécessité

Notre approche en hypnose étant avant tout clinique, c'est l'histoire du patient et la relation thérapeutique qui va étayer les orientations et les pistes à explorer.

À partir des premiers entretiens, les éléments apparaissant au fil de la thérapie vont permettre de démêler les causes, les effets et les conséquences de l'éjaculation rapide sur le symptôme lui-même et sur la qualité de vie personnelle et relationnelle du patient. Ce travail de clarification est nécessaire afin d'accompagner le patient sur la mise en sens corporel et psychique qui va accompagner l'hypnose.

Cela dit, les différentes conceptions peuvent éclairer et servir de repérage en particulier celles relatives à l'éjaculation rapide primaire. Elles vont du plus psychogène au plus biologique.

Les théories de la psychologie des profondeurs et de la psychanalyse proposent des hypothèses autour de la haine de la femme, des conflits inconscients non résolus

avec la mère, voire de l'érotisation de la fonction urinaire construite dans les phases précoces de l'évolution de la sexualité l'enfant¹.

On peut y ajouter l'intervention du Surmoi comme instance interdictrice ou culpabilisante, en lien avec la relation parentale qui est fondamentale.

Enfin, on peut aussi repérer une problématique œdipienne.

Les théories de l'apprentissage cognitivo-comportementale proposées par Masters et Johnson en 1970 ont montré l'importance de la première expérience sexuelle et des émotions associées, de l'empreinte laissée par les premiers apprentissages. Le défaut de perception des sensations d'alerte éjaculatoire par culpabilité en relation avec des expériences traumatisantes ou négatives (Kaplan), ou tout simplement un déficit d'attention au corps, sont autant de pistes à repérer, explorer et utiliser.

Enfin les théories neurobiologiques (Waldinger, 2002) sont basées exclusivement sur des différences génétiques et sur l'efficacité des antidépresseurs spécifiques de la recapture de la sérotonine. L'homme-machine est en marche !

Certains facteurs étiologiques habituellement admis semblent être remis en question par des études : l'anxiété comme facteur causal, l'hypersensibilité pénienne, l'influence de la fréquence coïtale...

Nous concluons cette partie par l'évocation de la conception psychophysiologique :

« Certes dans l'éjaculation précoce, tout semble se passer comme si la boucle réflexe périphérique était coupée de toute modulation supérieure... en réalité, le système cérébral impliqué dans l'éjaculation (le software) est influencé par l'histoire du sujet et réagit au contexte et aux stimuli actuels en modulant, par inhibition ou facilitation, le réflexe éjaculatoire médullaire préprogrammée (le hardware) » (Rowland et Motofei, 2007).

Jolie métaphore informatique, autre façon de décrire la dissociation ou le clivage entre la tête et le sexe évoqué plus haut et qui sera une base de travail en hypnose pour des patients sensibles à ces évocations « professionnelles » !

Au niveau des conséquences, celles-ci sont renforçatrices du trouble et de ce fait il est parfois difficile de démêler les causes de leurs effets secondaires : si les études montrent un accroissement de l'anxiété et une détresse personnelle qui peut aller jusqu'à l'effondrement narcissique, l'expression clinique en est souvent une mise à distance de l'intimité sexuelle et un évitement des relations.

1. . Travaux de Karl Abraham (1917) puis d'Helen Kaplan (1974).

Sur cette base, une des premières approches hypnotiques sera de demander au patient « d'éviter », en privilégiant la reprise de la sexualité sur un plan sensuel vis-à-vis de lui-même, de redécouverte de soi. Les approches centrées sur la connaissance de la phase d'excitation peuvent être intéressantes. Petit à petit, il s'agira de réintroduire la sexualité dans toutes ses composantes personnelles puis relationnelles, toujours en gardant à l'esprit que le patient ne se réduit pas à son symptôme et qu'il est à prendre en charge dans sa globalité d'humain.

Le choix de la voie d'accès sera donc primordial et très lié aux éléments recueillis dans le ou les entretiens intégrant l'anamnèse. L'observation et l'évaluation clinique seront aussi primordiales.

Les sept voies qui se conjuguent

En dehors du fait que l'expérience hypnotique permet l'accès, par absorption, à des éléments inconscients qui vont apparaître ou être mobilisés lors de la séance, (cela constituera un des matériaux de base à utiliser par le thérapeute), les voies qui vont permettre de travailler seront à choisir en fonction de chaque histoire. Car si sur le plan des comportements et du vécu on retrouve des « grandes familles » d'éjaculateurs rapides primaires (jeunes à forte libido, plus âgés qui ont pris conscience tardivement d'une difficulté ayant finalement toujours existé... ceux aussi dans le déni... etc.), les « ingrédients » subjectifs qui l'accompagnent restent les mêmes : une difficulté à maîtriser le corps, une fixation sensorielle sur la zone du bassin avec un oubli total des autres zones du corps dans leurs fonctions érotiques, une excitation envahissante et très difficilement contrôlable, une grande difficulté à sentir et évaluer l'approche du seuil éjaculatoire, une difficulté à vivre la cohérence corps/esprit et donc une vive impression de dissociation, un sentiment d'envahissement par la pulsion sexuelle, une impression que le temps lui échappe avec en prime une anxiété réactionnelle, un sentiment « d'impuissance » entraînant des évitements de la relation voire de la rencontre amoureuse. S'ajoute à ce tableau, souvent, un sentiment de nullité narcissiquement dévastateur !

◆ Première voie d'accès : réconcilier le patient avec son corps global puis son corps sexuel

Demander au patient d'accéder mentalement à son corps à partir du repérage des différentes sensations dans l'état hypnotique, en partant des parties du corps non sexuelles, puis sexuelles périphériques (pubis, muscles fessiers, muscles de la ceinture abdominale, périnée...), puis sexuelles plus directement, est déjà un premier pas. Ce

36. L'hypnose pour la sexualité masculine : l'exemple de l'éjaculation rapide

travail de prise de conscience peut se faire grâce à la relaxation mais aussi grâce aux exercices plus dynamiques d'alternance, avec induction de sensations contrastées chaleur/fraîcheur, tension/détente, lourd/léger, en utilisant des matières bois/coton... Ces approches se faisant soit sous forme d'évocations inductives visuelles et/ou sensorielles, soit sous forme de création par le patient lui-même, les deux possibilités techniques pouvant se croiser grâce à la qualité de relation de confiance. Une histoire autour du corps peut alors s'inventer à deux mais surtout s'effectue une prise de distance vis-à-vis du symptôme. Une nouvelle cartographie sensible s'établit...

Dans ce cadre corporel, la respiration est une piste particulièrement utile dans le traitement de l'éjaculation rapide. Interroger le patient sur ce qu'il pense de la façon dont il a conscience de respirer dans l'acte sexuel sera riche d'enseignements. L'observation de sa respiration pendant la séance et l'utilisation du « pacing respiratoire » utilisé classiquement en hypnose sera dans un premier temps très utile. Dans un deuxième temps, l'apprentissage des différents niveaux de respiration, haute, moyenne ou basse, avec insistance sur la respiration abdominale, est tout à fait intéressant sur plusieurs plans : cette dernière renvoie en effet à la respiration tranquille du bébé dans la sécurité (nous ne sommes pas loin de la régression en âge, voire du processus primaire sur un plan plus psychanalytique!), elle induit une puissante relaxation globale corporelle et mentalement profonde, mais surtout elle permet un accès plus facile à cette zone du corps qui est mal vécue à cause du symptôme et restaure une relation plus sereine et moins conflictuelle à travers le travail du rythme apaisant du souffle. Ce travail sur le rythme respiratoire sera aussi utile plus tard lorsque seront abordées plus directement en imagination les expériences sexuelles, en particulier dans le lien avec le mouvement. La technique de la passerelle, qui induit l'aller et le retour entre représentation et sensation, sera alors utilisée. L'expérience de l'expiration dirigée dans les membres avec expulsion des tensions, puis le long du dos, puis dans la zone génitale et sexuelle (vous soufflez dans votre ventre et l'air ressort entre vos jambes...) va permettre une intégration progressive de tout le corps dans la sensorialité puis dans la sensualité, qui est souvent mise à distance par crainte de l'envahissement de l'excitation, « Vous respirez aussi avec votre peau, tout votre corps respire »...

À partir de ces approches renvoyant à la dimension archaïque, le thérapeute doit être attentif à tout ce qui va émerger et qu'il pourra éventuellement repérer pour la suite du travail. Ce que dira le patient sera donc primordial.

◆ Deuxième voie d'accès : réconcilier le patient avec son excitation sexuelle

Bien que la courbe de l'excitation sexuelle ait été décrite par les sexologues, en particulier Masters et Johnson, les chemins qui y mènent sont très subjectifs. Deux possibilités donc : travailler au plus près de la rationalité physiologique, ou s'appuyer sur la subjectivité du patient, c'est-à-dire sur ses représentations et ce qu'il peut en dire. Les deux sont possibles dans des temps différents, mais surtout en lien avec ce qui sera repéré du fonctionnement psychique du patient et de sa relation à son corps et à l'autre. Pour certains, utiliser en hypnose des éléments plus comportementaux (mesure de l'excitation, prise de conscience de sa montée avec curseur etc..) sera la seule prise possible. Pour d'autres, la question du sens de celle-ci, de la place de l'interdit par exemple, de la relation de l'excitation au désir et au plaisir, de la relation à la femme dans le clivage maman/putain, dans l'idéalisation de la femme et la spiritualisation (souvent défensive !) de la sexualité, sera au premier plan. Ce qui paraît important grâce à l'hypnose, c'est d'amener le patient à « domestiquer » petit à petit une excitation qui renvoie trop souvent à une animalité mal acceptée et mal vécue. D'ailleurs une des conséquences dans le couple, c'est que la femme finit par se sentir non pas le « sujet » d'un désir mais « l'objet » d'une pulsion.

Travailler grâce à la régression en âge sur les premiers émois sensuels puis sexuels en insistant sur ceux qui ont été fondateurs, sur les premières relations avec leurs états émotionnels associés, proposer la « réinvention constructive » de ces moments surtout s'ils ont été traumatisants, travailler la mémoire corporelle et leur trace dans la sexualité d'aujourd'hui et celle de demain dans une projection vers l'avenir... toutes ces pistes nous amènent naturellement à la dimension de la temporalité.

◆ Troisième voie d'accès : quand le temps devient un espace...

Au-delà de l'idée reçue que « l'éjaculateur précoce est un rapide », nous savons que ce symptôme implique dans sa définition même une perception du temps mal vécue, par la notion d'immédiateté plus ou moins liée à la conscience du seuil éjaculatoire qui est, rappelons-le, réflexe. Nous savons aussi que l'état d'hypnose induit une distorsion du temps. Il est important de travailler l'écart entre les premières réactions d'excitation et ce que le patient va percevoir comme un point de « non-retour ». L'allongement (subjectif et objectif) de cet écart de temps va permettre à un « espace » nouveau de se créer, « un espace où la rencontre sexuelle va s'enrichir... où la relation à deux va s'épanouir... en laissant le temps s'écouler tranquillement... dans le plaisir... sans urgence... où les secondes peuvent naturellement devenir des minutes... les minutes des heures... un espace où il n'y a pas besoin de montre ni d'horloge... un espace

36. L'hypnose pour la sexualité masculine : l'exemple de l'éjaculation rapide

PASSER PAR LES ÉTATS DE CONSCIENCE

36. L'hypnose pour la sexualité masculine : l'exemple de l'éjaculation rapide

nouveau où le temps est en suspension, où les aiguilles des pendules s'effacent... un espace où l'heure n'a finalement plus d'importance... ».

L'injonction paradoxale du « surtout faites vite pour faire lentement », d'abord sur une expérience non sexuelle visualisée sous hypnose, peut aussi être utile.

La distorsion du temps peut encore se travailler (si cela est cohérent avec l'histoire du patient et le vécu de sa difficulté) en lien avec d'autres techniques :

- **la respiration** (avec ses différents rythmes liés à des représentations visuelles ou sensorielles et/ou sexuelles) ;
- **la dissociation**, par l'introduction de l'expérience du film lié à une expérience subjective sensuelle et/ou sexuelle que le patient va retrouver dans sa mémoire au ralenti ou au contraire en accéléré. L'utilisation des séquences ou des « épisodes » peut être aussi intéressante.

Toutes ces expériences peuvent rester au niveau du script dans le secret du patient et la liberté de parole sur le contenu doit toujours être respectée.

Petite histoire de temps...

La montre

Un Occidental, à l'occasion d'un voyage d'affaires en Afrique, avait abouti dans un village où il avait commencé une longue discussion avec le marabout.

Ce dernier restait silencieux tandis que l'Occidental exposait avec force détails le tableau de ses inquiétudes passées et présentes. Le marabout lui dit :

— Ami, tu as une belle montre.

En effet, l'Occidental avait une belle montre. Celui-ci continua de parler de ses activités, des perspectives de développement de la région dans laquelle il se trouvait, de la difficulté de nouer des contacts durables avec les habitants. Le marabout lui dit :

— Ami, tu as une belle montre.

Intrigué, l'Occidental se demanda si le marabout ne souhaitait pas posséder la montre. Pourtant, semblant oublier cette question aussi vite qu'elle avait surgi en lui, il se mit à commenter le coucher de soleil et à le comparer avec ceux qu'il avait vu en Europe. Le marabout lui dit :

— Ami, tu as une belle montre.

— Elle est très belle, en effet, et elle coûte très cher. En souhaiterais-tu une identique ?

Le marabout sourit en faisant non de la tête.

— Ami, tu as une belle montre mais tu n'as pas le temps. Moi, je n'ai pas de montre, mais j'ai le temps.

◆ Quatrième voie d'accès : l'anxiété, l'alexithymie et leur cousin l'évitement

Boucle infernale de l'anticipation négative, anxiété comme facteur d'entretien du trouble qui favorise lui-même l'anxiété, l'idée du cercle vicieux pourra être travaillé en hypnose. Dans un premier temps, il est toujours intéressant de partir d'une situation non sexuelle de spirale infernale dont il semble apparemment impossible de s'extraire... *le cercle, figure géométrique qui peut se dessiner, se tracer, se transformer en une autre figure, qui peut être aussi le point de départ d'une œuvre d'art...* Ici on ne parle pas directement d'anxiété, même si dans une autre séance celle-ci peut être représentée par... *une forme... ou une couleur... ou une matière... ou un objet voire un animal ou une personne... Elle peut être proche ou lointaine, elle peut aussi se pétrir, se malaxer, se pulvériser, s'envoler, s'effacer, se domestiquer, s'adopter aussi...*

En ce qui concerne l'alexithymie et l'éjaculation précoce, l'étude du Département de Psychologie alliée au Département d'Urologie de l'Université de la Sapienza et au Clinical Sexology Institute de Rome (2008) montre sur cent vingt patients « une prévalence significative des caractéristiques alexithymiques chez les patients EP primaires suggérant que les niveaux élevés d'alexithymie pourraient contribuer au degré de sévérité de l'EP ».

Pour mémoire, les caractéristiques principales de l'alexithymie sont les suivantes :

- une difficulté à identifier et décrire ses propres émotions,
- une difficulté à distinguer entre émotion et sensation corporelle de l'excitation émotive,
- une carence de l'imaginaire et un mécanisme cognitif tourné vers la réalité extérieure.

Suite à cette étude, deux points sont importants par rapport à la prise en charge par l'hypnose qui y est d'ailleurs évoquée : d'une part l'importance de la relation empathique pour aider le patient à nommer et exprimer ses émotions, et d'autre part l'apport des techniques de thérapie corporelle et émotionnelle, prise de conscience du corps et approches imaginatives.

La technique dite « de la passerelle »¹ entre représentation et émotions, qui permet un « assouplissement » à la fois imaginaire et émotionnel, est ici particulièrement indiquée surtout quand l'évitement de la relation sexuelle et de la rencontre devient une conséquence du « mode de vie » du patient.

1. Inventée et utilisée par Lutzker pour le traitement des grands brûlés en 1981, Araoz l'évoque dans son livre p. 64.

◆ Cinquième voie d'accès : l'alternance dissociation-association

La dissociation (théorisée par Pierre Janet¹ et plus tard par Ernest Hilgard avec sa notion d'« observateur caché² ») est l'une des bases de l'hypnose, elle résulte de processus psychiques remaniés qui vont permettre au patient d'être à la fois ici et ailleurs, maintenant et dans un autre temps, dans un champ de conscience élargi (état de veille paradoxale³).

Dans un premier temps, il s'agira d'accompagner le patient dans le repérage de ses propres fonctionnements autour du clivage et de l'association, repérage de ce qu'il sépare spontanément, de ce qu'il associe de façon automatique... Une tension corporelle ciblée avec une tentative de « se retenir » par exemple, ou bien un sentiment amoureux et une impression « d'effondrement »... Autant de liens qui pourront être creusés aussi, dans la réminiscence, « afin de démêler ce qui s'est emmêlé par mégarde... quand le lien est trop fort entre excitation et émotion... et cette émotion quelle est-elle ? Un doute ou une certitude... une peur... autre chose ? »

Dans la technique dite de « la suggestion couplée antagoniste », on peut demander au patient de retrouver des situations qui sont très excitantes (qu'il garde pour lui) tout en vivant une expérience corporelle dans le calme et ainsi lui permettre de dissocier situation et ressenti négatif de l'échec, puis d'associer expérience imaginaire et vécu constructif pour l'avenir.

On ne peut oublier dans ce cadre la force de l'injonction paradoxale, véritable « tour de magie » psychique qui fonctionne à un « métaniveau » de langage, face à un symptôme souvent lui-même paradoxal, où deux logiques contradictoires se côtoient : la demande d'amélioration et la résistance au changement. Voici quelques exemples : « Plus vous vous excitez rapidement, moins votre éjaculation arrivera vite », ou en prescription de symptôme : « Essayez cette semaine de tout faire pour éjaculer le plus vite possible... » Tout cela est loin de la tension « il faut que je me retienne », petite voix intérieure qui tue !

1. Dans « l'automatisme psychologique ».

2. Ce concept est issu de l'hypnose expérimentale, expérience de Stanford, confirmé par des expériences d'analgésie hypnotique. L'observateur caché serait un système opérant en dehors de la conscience, une sorte de vigilance non consciente, partie du psychisme qui serait une forme de « veille » alors que d'autres parties seraient détachées de la réalité environnante.

3. Définition de F. Roustang.

◆ Sixième voie : soi-même et l'autre : masturbation et maturité sexuelle

Les troubles de la sexualité impliquent l'autre réel ou fantasmé. Le patient éjaculateur rapide, par le lien évident avec le plaisir de sa partenaire, est confronté de façon souvent violente à l'insatisfaction et à la déception. C'est ici que les théories psychanalytiques sur l'éjaculation précoce et notamment la question de l'agressivité refoulée, voire le sadisme vis-à-vis de la femme, pourront être une piste exploitable... La crainte/fascination de la fusion est aussi très fréquente. Comme pour ce patient venu régler ce qui « lui échappe ». Mon intuition clinique fait que je lui demande assez vite (ce que je fais rarement !) quelle qualité de relation il a eu avec sa mère, il répond « normale » dans une banalisation frisant le déni. Immédiatement, dans la foulée, il se « trahit » par un lapsus « elle a fait de mon mieux » ! Il rejoue cette fusion à chaque rapport ou fuit par l'angoisse de la pénétration....

« S'il entre un grain de passion dans le cœur, il entre un grain de fiasco possible ... Plus un homme est éperdument amoureux, plus grande est la violence qu'il est obligé de faire pour oser toucher aussi familièrement un être semblable à la Divinité. » (André citant Stendhal, 2013)

Nous entendons aussi souvent ces femmes qui disent se vivre comme un objet, voire comme un déversoir « Et moi je ne compte pas ? », celles qui perdent leur désir par insatisfaction répétée, celles aussi avec une tendance adaptative, qui pour ne pas perdre l'autre apprennent à jouir le plus vite possible ! Il n'empêche que cette difficulté pose le problème de la relation à la femme, à la féminité, au vagin comme danger castrateur, voire à l'identité sexuelle. Si la masturbation fait partie de l'évolution et de la construction de la sexualité, nous sommes aussi confrontés au cas de figure fréquent de la « fixation » à la masturbation comme mode exclusif de relation (le vagin considéré comme *sextoy* excluant l'autre dans son humanité). Ce mode de fonctionnement pose la question du niveau de maturité sexuelle et sera à évaluer pour aider le patient à cheminer dans les étapes de l'évolution sexuelle alors qu'il les a sautées en les ignorant. Toutes les situations hypnotiques impliquant l'autre (la plupart du temps sans le nommer expressément pour laisser toute sa place à la liberté du patient) dans les scripts de séances seront très utiles, à la fois sur le plan diagnostique (quelle relation à l'autre ?) et sur le plan thérapeutique.

36. L'hypnose pour la sexualité masculine : l'exemple de l'éjaculation rapide

◆ Septième voie : la métaphore « fantasmacotique »

Les mots-valises de nos patients sont jolis ! Celui-ci est sorti tout frais lors d'un premier entretien. Mélange de fantasme et de narcotique ? Ou de fantasme et d'automatique... Allez savoir... Déjà une métaphore en soi !

La métaphore est au centre de la pratique thérapeutique hypnotique.

Dans le cadre du traitement de troubles sexuels, elle est particulièrement opérante pour plusieurs raisons :

- elle consiste à utiliser le langage analogique et donc à contourner la logique formelle, rationnelle et consciente si présente dans la « petite voix intérieure » qui accompagne l'éjaculation précoce ;
- elle met à distance les intellectualisations défensives et permet d'appréhender certaines résistances, surtout si on considère que celles-ci ont du sens pour le patient dans sa relation au symptôme. Il s'agit donc plus de les « domestiquer » que de les contourner ;
- elle met en place une collaboration toute particulière avec le patient dans la relation créative consciente et inconsciente. La fluidité du récit co-construit, le rebond s'appuient sur la capacité du thérapeute à écouter, et pas seulement avec ses oreilles !

Les métaphores peuvent être des évocations floues (suggestions directes et indirectes) sur lesquelles le patient peut broder seul dans la séance. On peut aussi partir d'une image ou d'une évocation du monde interne du patient, qui sert de point d'appui à la création à deux. Le thérapeute peut encore, s'il le juge utile, proposer un script qui lance la production imaginaire. Les contes, les fables, les mythes, mais aussi tout ce qui peut nourrir la créativité artistique (poésie, films, lectures) sont bienvenus. Tout dépendra de la qualité de la relation et de la possibilité du patient à accéder à son imaginaire¹.

Nous terminerons avec Erickson et sa méthode de l'imagination indirecte. En 1935, Erickson publie un article sur la prise en charge d'un homme souffrant d'éjaculation précoce d'aspect phobique.

« Erickson utilise l'image d'un cendrier et d'une cigarette, de la chaleur de cette dernière et de son effet destructeur sur le cendrier de cristal fin, puis celle d'une jeune femme seule avec le patient lui offrant un cendrier artistiquement peint de sa main. » (Araoz, 1982, p. 68)

1. Pour avoir un éclairage didactique sur l'emploi des métaphores, je vous renvoie au chapitre 3 du livre *L'aide mémoire de l'hypnose Bioy et al.*, 2010).

À partir de cette méthode indirecte, où la voie d'accès choisie par Erickson était l'anxiété associée au rapport sexuel, « l'auteur déclenchait un processus de pensée primaire, l'apparition du matériel onirique. Ce cas est unique dans la mesure où Erickson avait reconnu la nécessité de réajuster la personnalité pour surmonter l'éjaculation précoce psychogène, non pas en analysant la dynamique de développement du patient, mais en orientant son attention et son imagerie mentale vers une « névrose », différente de la phobie des cendriers. »

En conclusion

Lorsqu'elle se situe dans le cadre de l'éjaculation précoce, prématurée, rapide, ou hâtive (!), l'approche thérapeutique par l'hypnose pratiquée par un praticien bien formé aux deux approches permettra de conjuguer l'expérience hypnotique personnelle du patient et la valorisation de la relation, dans une prise en charge globale ou en complément d'autres approches. La souplesse de l'approche hypnotique permet cette adaptation et cette belle réconciliation du patient avec sa sexualité et c'est en cela qu'elle est passionnante.

BIBLIOGRAPHIE

ANDRÉ J. (2013), *La sexualité masculine*, Que sais-je ? n°3983, Paris, Puf.

ARAOZ D. (1982), *Hypnose et sexologie*, Paris, Albin Michel.

DE CARUFEL, F., (2008), *L'éjaculation prématurée*, UCL, Presses Universitaires de Louvain.

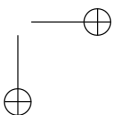
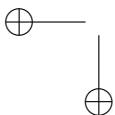
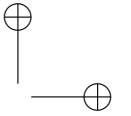
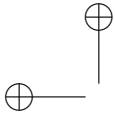
MIGNOT J. et coll. (2011), *Soigner les troubles sexuels par l'hypnose*, Hors série n° 1, *Revue Sexualités Humaines*, Avril/mai 2011, Métawalk.

PORTO R. (2008), Aspect psychologiques de l'éjaculation prématurée, *Revue Sexologie*, vol. 17/n° 1.

ROUSTANG F. (1994), *Qu'est-ce que l'hypnose ?*, Paris, Éditions de minuit

SIMONELLI C., BONNANO D., MICHETTI P.M, ROSSI R. (2008), *Éjaculation précoce et dysrégulation émotionnelle*, *Revue Sexologies*, Janvier-Mars.

SCHNEIDER M., (2000), *Généalogie du masculin*, Paris, Aubier.



Huitième partie

AUTRES APPROCHES EN SEXOTHÉRAPIE

37	Les thérapies cognitivo-comportementales en sexologie (Audrey Gorin).....	336
38	Touché corporel, sexualité et psychologie positive (Cyril Tarquinio).....	344
39	Utilité de la thérapie EMDR (Cyril Tarquinio).....	353
40	La bibliothérapie en sexologie.....	361

37

LES THÉRAPIES COGNITIVO-COMPORTEMENTALES EN SEXOLOGIE : LEUR PLACE, LEUR ACTION, LEURS LIMITES

Audrey Gorin

Présentation des TCC

◆ Historique

Le courant comportementaliste de la psychologie scientifique naît au début du XX^e siècle avec Ivan Pavlov qui met en évidence le conditionnement classique. D'autres chercheurs comme John Watson, Mary Cover Jones, Richard Solomon, Joseph Wolpe, Burrhus Skinner... développeront les théories comportementalistes.

L'approche cognitive se développe entre les années 1950-1960 avec notamment Albert Ellis (thérapie rationnelle émotive) et Aaron Beck (thérapie cognitive).

Depuis les années 1970, ce clivage historique entre comportementalisme et cognitivisme tend à disparaître avec l'apparition des thérapies cognitivo-comportementalistes à proprement parler.

◆ Principes fondamentaux

La pratique des thérapies cognitivo-comportementales repose sur un certain nombre de principes issus des théories de l'apprentissage et des théories cognitives (modèle du traitement de l'information notamment). Les conditionnements classiques et opérants constituent l'une des bases théoriques des TCC :

- ils représentent les lois d'apprentissage qui caractérisent l'ensemble des êtres vivants (en ce sens, ce sont les formes d'apprentissage normales et adaptées) ;
- dans certaines circonstances, ils aboutissent à un apprentissage émotionnel ou comportemental inadapté ou pathologique, que les thérapies cognitives et comportementales visent à traiter.

Pour certains troubles mentaux et/ou psychosexuels, ces formes d'apprentissage ainsi que des mécanismes cognitifs dysfonctionnels peuvent jouer un rôle direct dans l'étiologie du syndrome. Pour d'autres troubles, ces mécanismes ne jouent pas un rôle causal mais sont une conditionnalité, inscrite dans le tempérament et d'origine biologique, prédisposant au syndrome. Mais les processus d'apprentissage peuvent être favorablement modifiés par les TCC, de même que les distorsions cognitives associées.

◆ En pratique

La thérapie se déroule classiquement en quatre phases : l'analyse fonctionnelle, la définition des objectifs du traitement, la mise en œuvre d'un programme thérapeutique, l'évaluation des résultats. L'analyse fonctionnelle est la phase fondamentale de la prise en charge : elle permet de déterminer une stratégie thérapeutique en fonction de chaque patient, de la problématique qui lui est propre et des facteurs déclenchant, prédisposant et maintenant le trouble.

La place des TCC en sexologie

◆ Les débuts...

Masters et Johnson (1971) structurent les premières sexothérapies d'inspiration comportementale autour du traitement des mésententes conjugales et sexuelles, avec des consignes thérapeutiques visant à développer des habiletés sexuelles et à focaliser le couple sur la sensorialité et non sur l'activité sexuelle. À la même période, Hélène Kaplan (1979) jette les bases d'une prise en charge comportementale du symptôme sexuel en y associant une lecture psychodynamique. Le comportement sexuel de

l'individu est découpé en moments successifs et le patient est invité à le modifier étape par étape jusqu'à la guérison.

Les principes thérapeutiques des difficultés sexuelles évoluent progressivement, avec des prises en charge plus empiriques que théoriques. En effet, la conceptualisation des pratiques se fait petit à petit, en différé, à partir de l'exercice clinique. Les comportements, les cognitions, les émotions, les représentations, les fantasmes... sont pris en compte dans des approches globales et intégratives, par des thérapeutes formés par différentes écoles à différentes techniques, et qui feront isolément pendant longtemps des thérapies d'inspiration cognitive et comportementale, sans les conceptualiser comme telles. En France, X. Poudat et N. Jarousse publient en 1986 le premier ouvrage de référence, suivi de celui de J. Cottraux (1990). Le courant de pensée cognitivo-comportemental est, pour beaucoup de sexologues, le cadre de définition donnant le meilleur fil conducteur de réflexion et d'action thérapeutique en sexologie.

◆ Utilisation actuelle des TCC en sexologie

La pratique clinique souligne la forte prévalence des distorsions cognitives et des comportements inadaptés dans les difficultés psychosexuelles, possiblement en lien avec les nombreuses fausses croyances et idées reçues dans ce domaine.

◆ Aspects cognitifs

Ainsi, Cottraux établit dans son ouvrage (1990) une liste des principales distorsions cognitives rencontrées en sexologie : l'inférence arbitraire, l'abstraction sélective, la surgénéralisation, la maximisation, la minimisation et la personnalisation. En règle générale, les distorsions cognitives tendent à attribuer un sens particulier à des faits ou des situations sans signification particulière au départ :

- l'inférence arbitraire est « l'erreur logique la plus fréquente et la plus générale. Elle consiste à tirer des conclusions sans preuve, il s'agit de conclusions qui sont faites sur la base d'informations inadéquates » (Cottraux, 1990). Par exemple : « Un homme a besoin de faire l'amour. Si mon mari a moins envie de moi, c'est qu'il me trompe » ;
- l'abstraction sélective « consiste à se centrer sur un détail hors du contexte, de sorte que la forme et la signification globale de la situation ne sont pas perçues » (Cottraux, 1990). Par exemple : « Nos problèmes de couple viennent de mon problème d'érection » ;

- la surgénéralisation consiste à généraliser à l'excès. C'est-à-dire « qu'à partir d'un seul incident, le sujet va étendre à toutes les situations possibles une expérience malheureuse isolée » ;
- la maximisation et la minimisation consistent à « attribuer une plus grande valeur aux échecs et aux événements négatifs et à dévaloriser les réussites et les situations heureuses » (Cottraux, 1990) ;
- la personnalisation consiste à « surestimer les relations entre les événements défavorables et l'individu. Tout ce qui peut avoir trait à la vulnérabilité individuelle, l'échec, l'incapacité, la dépendance, et l'agressivité et/ou l'indifférence des autres sera ainsi relié automatiquement à la responsabilité personnelle du sujet » (Cottraux, 1990) ;

Ces distorsions cognitives sont à rechercher devant toute difficulté sexuelle. En effet, elles peuvent constituer le facteur déclenchant du trouble ou, en générant un état émotionnel de vulnérabilité, entretenir une difficulté ponctuelle (facteur de maintien), constituant ainsi un cercle vicieux. En effet, Les distorsions cognitives jouent un rôle « inhibiteur » chez le patient en difficulté sexuelle. Au lieu d'opérer l'ajustement rendu nécessaire par la situation qui pose problème, le patient va être dans l'incapacité d'adapter son comportement, empêchant ainsi la résolution du problème. Par exemple, devant une « panne » isolée, un homme peut, si ses stratégies adaptatives sont défaillantes, anticiper un nouvel échec vécu comme « inéluctable » (surgénéralisation), ce qui générera une anxiété anticipatoire qui elle-même favorisera un nouvel échec.

◆ Aspects comportementaux

L'un des principes des TCC est que le comportement est la résultante des schémas cognitifs. Devant une dysfonction sexuelle, un individu dont les capacités adaptatives sont dépassées peut réagir schématiquement de deux façons :

- par un évitement de la situation problème, avec éloignement sexuel, physique et relationnel vis-à-vis du partenaire. Cette mise à distance permet, selon l'individu concerné, de ne pas être confronté à un nouvel échec ni à la réaction du partenaire (la femme souffrant de vaginisme qui s'éloigne de son partenaire afin d'éviter la moindre tentative de rapports, trop anxiogène pour elle) ;
- par des tentatives sexuelles répétées qui visent à vérifier continuellement la résolution du problème, largement compromise dans ces circonstances (par exemple, l'homme souffrant de trouble érectile qui tente compulsivement d'avoir des rapports

même sans désir sexuel, dans l'espoir d'un « succès » compromis en raison du cercle vicieux qui s'est installé).

En modifiant les schémas de pensée du patient, il est possible d'agir sur les aspects comportementaux qui alimentent le cercle vicieux de la difficulté sexuelle. Une adjonction médicamenteuse peut aussi aider à « démonter » le cercle vicieux (Colson, 1996). Ainsi, la prescription d'un IPDE5 peut réassurer le patient, réduire l'anxiété anticipatoire et donc optimiser les chances d'une érection satisfaisante qui peut être le point de départ d'un cercle vertueux. Cette prescription est à limiter dans le temps afin que le patient puisse s'autonomiser vis-à-vis de la prise en charge.

◆ Comorbidités psychiatriques

Certaines comorbidités psychiatriques, essentiellement les troubles anxieux (phobie sociale, trouble anxieux généralisé...) et la dépression, sont surreprésentées chez les patients souffrant de troubles sexuels comparativement à ceux qui en sont indemnes. Les TCC sont les thérapies préférentiellement indiquées dans ces indications où elles ont prouvé leur efficacité (INSERM, 2004). La prise en charge de ces affections, qui prédisposent aux difficultés relationnelles et sexuelles, pourrait dès lors améliorer leur traduction sexuelle.

Les TCC : un succès assuré ?

Les TCC constituent l'approche actuellement privilégiée des troubles sexuels. Il est toutefois important d'en connaître les limites dans cette indication.

◆ Symptôme sexuel, symptôme du couple

Contrairement à la lecture psychodynamique, l'approche cognitivo-comportementale est symptomatique ; c'est le symptôme qui est la cible de la prise en charge. Le symptôme sexuel prenant naissance au sein du couple, la prise en charge cognitivo-comportementale ne peut se focaliser uniquement sur l'individu porteur du symptôme mais doit au contraire s'intéresser au système dans lequel il a émergé afin d'optimiser les résultats thérapeutiques. Or, pour un trouble sexuel, il est rare que ce soit le couple qui consulte. Le plus souvent, c'est le porteur du symptôme qui se présente en consultation, celui désigné ou qui se désigne comme étant « celui des deux qui a un problème ». Il est même fréquent que le partenaire ne soit pas informé de la démarche auprès du sexologue. Ce décalage entre les besoins thérapeutiques et la réalité clinique constitue une des limites de ce type de prise en charge en sexologie.

◆ Une demande centrée sur le seul symptôme

Les patients souffrant de difficultés sexuelles expriment très fréquemment un sentiment d'urgence vis-à-vis de la résolution de leurs troubles. Ils sont donc très demandeurs de prise en charge médicamenteuse ou de thérapies dites brèves, telles que les TCC qui prévoient un projet thérapeutique centré sur la résolution progressive du symptôme par exposition à des situations de difficulté croissante. La pratique suggère que la résolution du symptôme, et donc l'apaisement de l'anxiété et de la souffrance sous-jacentes, sont souvent des étapes nécessaires avant une prise en charge de la problématique à l'origine du trouble sexuel. Or, il est très fréquent que les patients interrompent le suivi à la disparition du symptôme pour lequel ils ont consulté. Dès lors, sans prise en charge de la problématique sous-jacente au symptôme, on peut craindre sa réapparition, sous une forme semblable ou différente. C'est notamment le cas lorsqu'une approche psychodynamique est indiquée (difficultés sexuelles qui trouvent leur origine dans des conflits inconscients) conjointement à une prise en charge cognitivo-comportementale, qui pourra toutefois améliorer le symptôme et la qualité relationnelle du couple. Ainsi, on peut se demander si les TCC en sexologie ne répondent pas en miroir à la demande du patient, axée sur la performance au détriment de la signification personnelle et symbolique du trouble sexuel.

Mais le type de psychothérapie influence-t-il l'efficacité de la prise en charge ?

Plusieurs travaux ont montré que l'efficacité d'une psychothérapie ne dépend que faiblement du type de psychothérapie. Ainsi, Guérin (1984) soulignait qu'il n'importait que pour 10 % pourvu que le patient soit motivé et que le thérapeute ait un savoir-faire. De même, la méta-analyse de Luborsky *et al.* (2002) montre que le type de psychothérapie n'impacte pas significativement sur l'efficacité de la prise en charge.

Selon un travail de Lambert (1992), l'efficacité d'une psychothérapie dépend :

- pour 40 % de facteurs extra-thérapeutiques liés aux patients (motivation notamment, ressources personnelles, capacité au changement, événements de vie...) ;
- pour 30 % de la qualité de la relation patient-thérapeute ;
- pour 15 % de facteurs liés aux attentes, à l'espoir du patient/du couple et à l'effet placebo ;
- pour 15 % au type de psychothérapie.

Ces données soulignent l'importance de considérer, d'étudier et de développer d'autres facteurs thérapeutiques, indépendants de la technique psychothérapeutique utilisée, qu'elle soit psychodynamique, cognitivo-comportementale, systémique, corporelle...

En conclusion

Il est actuellement admis que les TCC représentent le type de prise en charge à préconiser dans les troubles sexuels. Elles permettent en effet une amélioration voire une disparition du symptôme sexuel avec un nombre de séances relativement limité. En outre, les TCC ont démontré leur efficacité dans quinze affections psychiatriques (INSERM, 2004) dont certaines sont des facteurs prédisposant aux difficultés sexuelles (dépression, trouble anxieux...). Mais cette approche symptomatique et sous-tendue par l'idée de performance souffre de ne pas prendre en considération d'éventuelles problématiques plus fondamentales, parfois sources de difficultés psychosexuelles. Au-delà des guerres d'école, les techniques issues des TCC constituent des outils à utiliser dans des prises en charge intégratives qui semblent peut-être plus adaptées aux difficultés sexuelles.

Quelle que soit la formation psychothérapeutique du sexologue, il est important de souligner que le type de psychothérapie n'influence que faiblement l'efficacité de la prise en charge. D'autres facteurs constitueraient des leviers thérapeutiques plus puissants : les ressources personnelles du patient, la capacité au changement, les événements de vie extérieurs, l'alliance thérapeutique... Quel que soit le type de prise en charge, il est important que la technique de l'entretien :

- permette au couple de saisir toutes les données de leur problème afin qu'ils puissent exprimer les clés de leurs difficultés, si le savoir-faire du praticien le leur permet ;
- ne soit pas sélective sur un seul aspect du trouble sexuel, et notamment pas sur la question de la performance.

Enfin, gardons à l'esprit que les techniques ne sont pas la cause du changement mais un moyen de favoriser le changement.

BIBLIOGRAPHIE

BONIERBALE M. (2009), *Étude comparative des systèmes thérapeutiques : application aux sexothérapies*. 2^e Assises françaises de sexologie et de santé sexuelle, Lille.

COLSON MH. (1996), Injections intracaverneuses et prise en charge globale des dysfonctions érectiles, *Sexologies*, V, 20, 11-24.

COTTRAUX J. (1990), *Les thérapies comportementales et cognitives*, Paris, Masson.

GUÉRIN P. (1984), *L'évaluation des psychothérapies*, Paris, Puf.

Inserm, expertise collective. (2004), *Psychothérapie : trois approches évaluées*. Paris, les Editions INSERM.

KAPLAN HS. (1979), *La nouvelle thérapie sexuelle*, Paris, Buchet-Chastel.

LAMBERT MJ. Psychotherapy outcome research : implications for integrative and eclectic therapists. In Norcross J.-C. et GOLDFRIED MR, *Handbook of psychotherapy integration* (p. 94-129), New York, Basic.

LUBORSKY L, ROSENTHAL R, DIGUER L, ANDRUSYNIA TP, BERMAN JS, LEVITT JT, SELIGMAN DA, KRAUSE ED. (2002), The Dodo bird verdict is alive and well-Mostly, *Clinical Psychology : science and Practice*, 9, 1, 2-12.

Masters VH and Johnson VC. (1971), *Les mésaventures sexuelles et leur traitement*, Paris, Laffont.

POUDAT FX et JAROUSSE N. (1986), *Traitement comportemental des difficultés sexuelles*, Paris, Maloine.

38

TOUCHÉ CORPOREL, SEXUALITÉ ET PSYCHOLOGIE POSITIVE

Cyril Tarquinio

La psychologie positive

La plupart du temps, la psychologie s'intéresse à la manière dont les individus survivent ou sont capables d'endurer des épreuves difficiles (Benjamin, 1992). Cependant, les psychologues savent peu de choses sur le fonctionnement des individus « normaux », sur la manière dont ils s'épanouissent dans les conditions les plus habituelles. L'objectif de la psychologie positive est de changer la perspective en étudiant les conditions et les processus qui contribuent à l'épanouissement ou au fonctionnement optimal des personnes, des groupes et des institutions. Définie de cette manière, la psychologie positive possède une longue histoire. William James parlait déjà en 1902 de « l'esprit tourné vers la santé ». Le domaine de la psychologie positive à un niveau subjectif concerne la valorisation des expériences subjectives : le bien-être, la satisfaction (dans le passé), les états de grâce, le bonheur (pour le présent) et l'espoir, l'optimisme (pour le futur). À un niveau individuel, il s'agit des traits de personnalité positifs : la capacité d'aimer et de trouver sa vocation, le courage, la modération, la sensibilité esthétique, la persévérance, la capacité à pardonner, l'originalité, la conscience du futur, la spiritualité, le talent et la sagesse. Au niveau du groupe, il s'agit des vertus civiques et des institutions qui incitent les individus à une

meilleure citoyenneté : les habiletés interpersonnelles, la responsabilité, la capacité à prendre soin des autres, l'altruisme, la courtoisie, la tolérance, et l'éthique au travail.

L'objectif de ce chapitre sera d'envisager les rapports qu'entretient la psychologie positive avec la problématique sexologique à travers le lien entre touché corporel d'une part et sexualité d'autre part.

Liens entre sexualité et touché corporel

Interdépendants, il est difficile de séparer les aspects physiologiques, sociologiques et psychologiques de la sexualité humaine et du touché corporel (qu'il s'agisse de massage ou de simples caresses). Cependant, une clarification s'impose si l'on souhaite dans une perspective de psychologie positive mettre en lien le rapport au corps et la sexualité dans une problématique sexologique.

La stimulation tactile produite par le massage active les secteurs centraux et périphériques du système nerveux, stimulant le mécanisme sensoriel entier de celui ou celle qui en bénéficie. Le massage de certains secteurs du corps peut plus encore compliquer les choses, puisqu'ils peuvent réellement induire une réponse sexuelle.

La stimulation tactile des nerfs sensoriels dans le secteur de l'abdomen, des extrémités inférieures et des fesses produit des influx qui sont transportées par les mêmes plexus de nerfs que les plexus lombaire, sacral et génital. C'est pourquoi les nerfs liés aux parties génitales sont aussi affectés. Le système nerveux parasympathique semble fournir le deuxième lien essentiel entre le massage et la réponse sexuelle.

Cet aspect du système nerveux autonome est responsable de la régularité du corps, du repos et de la digestion. En outre, les influences parasympathiques règlent la réponse de relaxation induite par le massage et les changements physiologiques qui se produisent pendant l'éveil sexuel. Le système nerveux parasympathique commande également les réponses corporelles primaires et secondaires qui se produisent pendant l'éveil sexuel. Les caractéristiques communes sont la vaso-congestion ou l'augmentation de l'approvisionnement de sang aux parties génitales, et la myotonie, qui est l'augmentation de la tension de muscle résultant de la stimulation sexuelle. Par conséquent, chaque fois qu'une personne atteint une détente plus profonde, les facteurs de prédisposition sont présents à l'éveil sexuel. La réaction est non seulement possible chez celui qui est massé, mais également chez celui ou celle qui masse, car lui ou elle aussi commence à se détendre avec le massage. Le troisième lien est le système limbique. Cette partie complexe du cerveau contrôle, entre autres, les émotions et la sexualité.

Psychologie positive et massothérapie

Au cours des dernières décennies, les psychologues sont devenus de plus en plus conscients de l'importance du toucher humain pour le bien-être physique et psychologique (Gallace et Spence, 2010).

Les premiers résultats montrant l'importance du toucher interpersonnel proviennent des études d'Harry Harlow, dans lesquelles des bébés chimpanzés choisissaient un mannequin chaud et doux, c'est-à-dire un substitut maternel « touchable », sans nourriture, plutôt qu'une mère en acier, impitoyable, avec une abondance de nourriture (Harlow et Zimmermann, 1959).

Aujourd'hui, l'Institut de recherche sur le toucher, situé à Miami, a effectué des centaines d'études cliniques sur l'importance du toucher interpersonnel (massothérapie, réflexologie clinique, etc.), sur le bien-être physique et psychologique dans des populations tant cliniques que normales (Gallace et Spence, 2010). Ces études ont apporté une base pour le développement de la science du toucher. La technique d'intervention qui a fait l'objet du plus grand nombre d'études est la massothérapie.

La massothérapie

La massothérapie est définie comme « impliquant le fait de frictionner et de caresser différentes parties du corps avec une certaine pression et le plus souvent avec un peu d'huile » (Field, 1998, p. 779).

Les données suggèrent que la massothérapie peut favoriser le fonctionnement à la fois physique et psychologique.

Physiquement, la massothérapie peut aider les nourrissons prématurés à prendre du poids, à augmenter leur température et à dormir davantage (Diego *et al.*, 2008).

Avec des enfants plus âgés, la massothérapie peut être bénéfique dans les cas de trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité, d'arthrite, d'asthme et d'agressivité (Field *et al.*, 1998).

Chez les adultes, la massothérapie peut réduire les migraines (Hernandez-Reif *et al.*, 1998), les symptômes prémenstruels (Hernandez-Reif *et al.*, 2000), la tension artérielle et les niveaux de cortisol (Field *et al.*, 2005), mais aussi augmenter le fonctionnement immunitaire et neuroendocrinien chez les patients atteints d'un cancer du sein ou du VIH (Hernandez-Reif *et al.*, 2004), ainsi que les neurotransmetteurs sérotonine et dopamine. Psychologiquement, les interventions par la massothérapie ont montré une réduction importante de la dépression (Field *et al.*, 2004), similaire à l'efficacité de la psychothérapie traditionnelle. La massothérapie semble bénéfique même délivrée

en doses uniques. Le touché ou la massothérapie pourrait favoriser l'activation du système nerveux parasympathique, ce qui réduirait évidemment les états d'anxiété et pourrait induire un bien-être. Plus récemment, la théorie des changements de la chimie du corps a été proposée pour rendre compte des niveaux accrus de sérotonine et d'autres endorphines dans le sang après une séance de massothérapie. Ce changement de la chimie du corps est lié à une autre théorie selon laquelle la massothérapie peut contribuer à la « production d'un sommeil récupérateur ».

De manière similaire aux effets de la psychothérapie, c'est peut-être l'influence de la relation qui influe sur le bien-être des patients et pas nécessairement le choix particulier des interventions (Messer et Wampold, 2002).

Bien que des critiques aient été formulées à l'encontre des critères de sélection des participants, de l'impossibilité de recourir à des contrôles aveugles et des techniques de randomisation, la recherche montre que pour des populations cliniques et normales, le toucher interpersonnel par la massothérapie peut avoir un effet important sur les évaluations subjectives et objectives du bien-être physique et psychologique.

La réflexologie clinique possède aussi plusieurs équipes de recherche qui tentent d'établir des données scientifiques en faveur de l'utilisation de la réflexologie dans la promotion du bien-être. Provenant de plusieurs essais contrôlés randomisés, les données laissent penser que la réflexologie peut servir à réduire l'anxiété, la dépression, les céphalées et les symptômes douloureux chez les patients atteints d'un cancer (Sharp *et al.*, 2010) ou de la sclérose en plaques (Siev-Ner *et al.*, 2003), mais aussi chez les femmes ménopausées ; elle favoriserait également une meilleure santé mentale (Oleson et Flocco, 1993). De nouveau, une explication des bienfaits de la réflexologie repose sur la connexion ou l'influence interpersonnelle du praticien. Toutefois les chercheurs ont commencé à inclure les groupes contrôles qui reçoivent des massages génériques des pieds, égalisant ainsi les effets du simple contact humain (Williamson *et al.*, 2002).

Bien évidemment, l'importance du toucher a largement documenté la littérature sur les relations amoureuses (par exemple, Gullledge *et al.*, 2007 ; Hollender, 1970). Notons que Montagu (1971) va même jusqu'à suggérer que le toucher et l'amour sont indissociables ! Gullledge et ses collègues ont utilisé une méthodologie questionnaire dans lequel ils ont demandé à des étudiants leurs préférences concernant les différents types de comportements amoureux (massages, caresses, câlins, se tenir par la main, étreintes, baisers sur les lèvres et baisers sur le visage) en lien avec la satisfaction de la relation de couple. Ils ont rapporté que les dimensions tactiles étaient fortement corrélées à la satisfaction des partenaires.

Le touché dans la relation de couple : des effets scientifiques !

Le rôle du touché sur les variables physiologiques comme la pression artérielle et la fréquence cardiaque a été étudié par Grewen et al. (2003). Ces chercheurs ont étudié dans des couples la relation entre le contact physique et la réactivité en terme de pression artérielle dans un échantillon d'adultes en bonne santé. Dans leur étude, les participants ont été assignés au hasard à l'un des deux groupes expérimentaux. Dans le premier groupe, les sujets se tenaient la main durant 10 minutes tout en regardant une vidéo romantique. Cette période était ensuite suivie de 20 secondes d'accolades avec leur partenaire. Le second groupe quant à lui se reposait tranquillement pendant 10 minutes et 20 secondes. Après cette partie de l'expérience, les participants des deux groupes devaient effectuer une tâche de prise de parole en public (événement stressant). Les résultats ont montré que les personnes du premier groupe manifestaient durant l'épreuve stressante une pression systolique et diastolique, ainsi qu'une fréquence cardiaque significativement plus faibles que les sujets du second groupe.

Une autre étude récente de Ditzen *et al.*, (2007) a étudié si des types spécifiques d'interaction physique dans les couples pouvaient réduire la réponse au stress. Les participantes (femmes mariées ou vivant en concubinage avec leur partenaire masculin depuis au moins 12 mois avant l'expérience) ont été affectées au hasard à l'un des trois groupes (groupe sans aucune interaction *versus* groupe avec soutien verbal *versus* groupe avec contact physique par massage du cou et des épaules) durant 10 minutes. Les participantes ont ensuite été exposées à une situation de stress. Les résultats ont montré que les femmes du troisième groupe qui avaient bénéficié de massages avaient un niveau cortisol et un rythme cardiaque significativement plus bas que les sujets des autres groupes.

Les câlins entre partenaires peuvent aussi réduire les niveaux de cortisol, la tension artérielle et induire une augmentation des niveaux d'ocytocine (l'hormone de l'attachement) (Grewen et Amico, 2005). Ainsi, le toucher interpersonnel (présenté ici sous la forme de massothérapie, de réflexologie clinique et de câlins) accumule les preuves de son importance pour le bien-être physique et psychologique. D'un point de vue hédonique, le toucher semble ainsi produire des sentiments de joie, de contentement et de sérénité (Kringelbach, 2009), tout en permettant de renforcer les liens d'attachement avec les personnes que nous aimons.

Psychologie positive et sexualité

Si plusieurs scientifiques se sont intéressés au domaine de la sexualité (par exemple Krafft-Ebbing, Freud, Ellis), la discipline de la psychologie sexuelle a été établie par le scientifique **Alfred Kinsey** (1894-1956).

Kinsey et son équipe de recherche ont effectué l'une des études les plus fascinantes et pionnières, qui demeure encore à ce jour l'une des principales sources de données sur

les pratiques sexuelles aux États-Unis. Après avoir effectué plus de 18 500 entretiens avec des hommes et des femmes sur plusieurs pratiques sexuelles, ils ont trouvé que, malgré une société très prude en apparence, les comportements sexuels étaient assez variés et répandus à travers la société¹ (Kinsey *et al.*, 1953). Par exemple, les résultats ont démontré que la plupart des individus n'étaient pas aussi clairement définis en tant qu'hétérosexuel ou homosexuel, avec près de 46 % des hommes et 6-14 % des femmes révélant des tendances bisexuelles. En outre, 50 % des hommes et 26 % des femmes ont avoué avoir eu une liaison extraconjugale. Depuis les rapports Kinsey, la science des comportements sexuels s'est grandement améliorée dans sa compréhension de la complexité de la sexualité humaine et de ses rapports avec le bien-être. Grâce à des laboratoires sophistiqués de psychophysiologie sexuelle², les chercheurs peuvent étudier la physiologie et l'anatomie des rapports sexuels.

Les pratiques sexuelles peuvent comporter des bienfaits physiques et psychologiques pour les deux sexes.

- **Physiquement**, les scientifiques ont montré que les rapports sexuels peuvent avoir un impact étonnamment bénéfique, entraînant une meilleure forme physique, une tension artérielle réduite, un meilleur fonctionnement du système immunitaire, un risque réduit de cancer (de la prostate) et même une meilleure longévité (Brody, 2006, 2010).
- **Sur le plan neurologique**, il apparaît qu'il existe une multitude de connexions qui interviennent lors du pic sexuel. De manière similaire à la réaction physiologique à la prise de stupéfiants, le noyau accumbens du cerveau active le « centre du plaisir » (Kringelbach, 2009), libérant des neurotransmetteurs tels que la dopamine, la sérotonine, l'épinéphrine et la norépinéphrine lors de l'orgasme, signalant au corps que ce qu'il éprouve est bon. Immédiatement après l'orgasme, le système endocrinien (androgènes, œstrogènes, progestérone) prend le relais, sécrétant l'hormone prolactine qui peut causer une envie de dormir. L'hormone « d'attachement » du corps, l'ocytocine, est également sécrétée à ce moment, induisant des sensations de relaxation, de sédation, d'anxiété réduite et de connexion.
- **Psychologiquement**, les rapports sexuels peuvent favoriser l'exposition à des moments de joie intense, de relaxation et d'extase ; une meilleure estime de soi et confiance en soi (Meston et Buss, 2009) ; des sentiments d'amour et de connexion

1. Contrairement à la croyance populaire, l'expérience moyenne du coït à la fin de l'adolescence était 2,8 fois par semaine, suivie de 2,2 fois par semaine à 30 ans et 1,0 fois par semaine à 50 ans.

2. Ces laboratoires étudient aussi la sélection préférentielle de partenaires sexuels, les désirs sexuels, les réactions sexuelles, le dysfonctionnement sexuel dû aux problèmes psychologiques et bien d'autres choses.

à l'autre (Meston et Buss, 2009) ; une anxiété et une dépression réduites ainsi qu'une qualité générale de vie améliorée. Il apparaît que tous ces bénéfices peuvent provenir des activités sexuelles, tant que ces comportements sont effectués avec une personne avec qui l'on partage une relation de confiance. Les personnes qui ont des rapports sexuels avec une personne qu'elles aiment décrivent des niveaux bien supérieurs de bien-être, de confiance et d'estime de soi que celles qui ont des rapports sexuels avec des inconnus. Pour les femmes en particulier, le sexe est souvent considéré comme « une expérience agréable, leur procurant un sentiment d'excitation, de connexion amoureuse et d'exploration de soi » (Meston et Buss, 2009, p. 20).

En conséquence, les comportements sexuels humains, lorsque pratiqués de manière sûre et avec un partenaire digne de confiance, peuvent avoir des effets physiologiques et psychologiques positifs pour les personnes impliquées. Les comportements sexuels peuvent mener à un meilleur bien-être physique, en plus de la satisfaction et de l'extase évidemment associés à l'orgasme (bonheur hédonique). De plus, les personnes décrivent les rapports sexuels comme favorisant l'estime de soi et la confiance en soi, tout en leur permettant de se sentir plus complets.

En conclusion

Tout au long de ce chapitre très bref, nous avons insisté sur quelques-uns des effets positifs merveilleux que le corps peut apporter. Les sujets du toucher interpersonnel, des conduites sexuelles, restent à explorer. Ils sont pour la sexologie et pour les sciences humaines et médicales en général une voie d'entrée pour une meilleure compréhension du corps et de ses effets sur le bien-être.

BIBLIOGRAPHIE

BENJAMIN L.T., Jr. (éd.). (1992). *The history of American psychology* [Special issue]. American

Biobehavioral Reviews, 34, 2, 246-259.

BRODY S. (2006). Blood pressure reactivity to stress is better for people who recently had penile-vaginal

BRODY S. (2010). The Relative Health Benefits of Different Sexual Activities. *Journal of Sexual Medicine*, 7, 4, 1336-1361.

DIEGO M.A., FIELD T. et HERNANDEZ-REIF M. (2008). Temperature increases in preterm infants during massage therapy. *Infant Behavior et Development*, 31, 1, 149-152.

DITZEN B., NEUMMAN I., BODENMAN G. et al. (2007). Effects of different kinds of couple interaction on cortisol and heart rate responses to stress in women. *Psychoneuroendocrinology*, 32, 565 – 574

FIELD T., HERNANDEZ-REIF M., DIEGO M., FEJO L., VERA Y. et GIL K. (2004). Massage therapy by

parents improves early growth and development. *Infant Behavior et Development*, 27, 4, 435-442.

FIELD T., QUINTINO O., HERNANDEZ-REIF M. et KOSLOVSKY, G. (1998). Adolescents with attention deficit hyperactivity disorder benefit from massage therapy. *Adolescence*, 33, 129, 103-108.

GALLACE A. et SPENCE C. (2010). The science of interpersonal touch : An overview. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 34, 2, 246-259.

GREWEN K.M., ANDERSON B.J., GIRDLER S.S. et LIGHT K.C. (2003). Warm partner contact is related to lower cardiovascular reactivity. *Behavioral Medicine*, 29, 3, 123-130.

GREWEN K.M., GIRDLER S.S., AMICO J. et LIGHT K.C. (2005). Effects of partner support on resting oxytocin, cortisol, norepinephrine, and blood pressure before and after warm partner contact. *Psychosomatic Medicine*, 67, 4, 531-538.

GULLEDGE A.K., HILL M., LISTER Z. et SALLION G. (2007). Non-erotic physical affection : it's good for you. L. L'abate (éd.), *Low-cost Interventions to Promote Physical and Mental Health : Theory, Research, and Practice*, Springer, New York, pp. 371 – 383

HARLOW H.F. et ZIMMERMAN R.R. (1959). Affectional Responses In The Infant Monkey. *Science*, 130, 3373, 421-432.

HERNANDEZ-REIF M., DIETER J., FIELD T., et DIEGO M. (1998). Migraine headaches are reduced by massage therapy. *International Journal of Neuroscience*, 96, 1-2, 1-11.

HERNANDEZ-REIF M., FIELD T., IRONSON G., BEUTLER J., VERA Y., HURLEY, J. et al. (2005). Natural killer cells and lymphocytes increase in women with breast cancer following massage therapy. *International Journal of Neuroscience*, 115, 4, 495-510.

HERNANDEZ-REIF M., IRONSON G., FIELD T., HURLEY, J. et al. (2004). Breast cancer patients have

improved immune and neuroendocrine functions following massage therapy. *Journal of Psychosomatic Research*, 57, 1, 45-52.

HERNANDEZ-REIF M., MARTINEZ, A., FIELD T., QUINTERO O., HART, S. et BURMAN I. (2000). Premenstrual symptoms are relieved by massage therapy. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 21, 1, 9-15.

HOLLENDER M.H. (1970). The need or wish to be held. *Archives of General Psychiatry*, 22, 445 – 453

intercourse than for people who had other or no sexual activity. *Biological Psychology*, 71, 2, 214-222.

JAMES W. (1902/2001). *Les formes multiples de l'expérience religieuse. Essai de psychologie descriptive*. Complexe, coll. Les essentiels de la métaphysique, Paris.

KINSEY A.C., POMEROY W.B., MARTIN C.E. et GEBHARD P.H. (1953). *Sexual Behavior in the Human Female*. New York : Pocket Books.

KRINGELBACH M. (2009). *The pleasure centre*. Oxford University Press, Londres

KRINGELBACH M. (2009). *The pleasure centre*. Oxford University Press, Londres.

KRUMM C.M. et TARQUINIO C. (2011). *Traité de psychologie positive*. Deboeck, Bruxelles

MESSER S. et WAMPOLD B. (2002). Let's face facts : Common factors are more potent than specific therapy ingredients. *Clinical Psychology : Science and Practice*, 9, 21-25.

MESTON C. et Buss D. (2009). *Why women have sex*. Times Books, New York.

MONTAGU A. (1971). *Touching : the human significance of the skin*. Columbia University Press, New York.

OLESON T. et FLOCCO W. (1993). Randomized controlled-study of premenstrual symptoms treated with ear, hand, and foot reflexology. *Obstetrics and Gynecology*, 82, 6, 906-911.

AUTRES APPROCHES EN SEXOTHÉRAPIE

38. Touché corporel, sexualité et psychologie positive



SHARP D.M., WALKER M.B. et al. (2010). A randomized, controlled trial of the psychological effects of reflexology in early breast cancer. *European Journal of Cancer*, 46, 2, 312-322.

SIEV-NER I., GAMUS D., LERNER-GEVA L. et ACHIRON A. (2003). Reflexology treatment relieves

symptoms of multiple sclerosis : a randomized controlled study. *Multiple Sclerosis*, 9, 4, 356-361.

WILLIAMSON J., WHITE A., HART A. et ERNST E. (2002). Randomized controlled trial of reflexology for menopausal symptoms. *International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 109, 9, 1050-1055.

39

UTILITÉ DE LA THÉRAPIE EMDR DANS LE CAS DE VIOLENCES SEXUELLES ET D'UN TROUBLE DE LA SEXUALITÉ MASCULINE

Cyril Tarquinio

Présentation générale de la thérapie EMDR

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

Depuis 1989, de nombreuses publications (pour une revue en français voir Tarquinio, 2007) ont mis en évidence l'efficacité de la méthode EMDR notamment dans le domaine de la prise en charge psychothérapeutique de l'état de stress post-traumatique (ESPT). Initialement destinée à traiter des sujets ayant vécu des expériences traumatisantes, cette approche s'est développée par la suite pour trouver des indications dans le traitement de plusieurs troubles psychopathologiques (Shapiro, 2001). La recherche sur la thérapie EMDR s'est surtout portée sur les mouvements oculaires (et d'autres formes de stimulation bilatérale) susceptibles de constituer l'un des principes actifs de la démarche. Un parallèle est à faire avec ce qui se passe dans le sommeil REM (*Rapid Eyes Movement*). En effet, les mouvements oculaires rapides surviennent au cours des états de rêve et il existe de plus en plus de preuves montrant que le rôle des rêves est d'élaborer et de digérer psychiquement les vécus de la vie réelle (Carskadon, 1993).

Le protocole le plus documenté et le plus utilisé en EMDR est le protocole dit « standard » (il en existe de nombreux autres, qui sont souvent des adaptations de ce dernier). L'approche est guidée par le modèle de traitement adaptatif de l'information (TAI) de Shapiro (Shapiro, 2001). Selon ce modèle, dans des conditions hautement stressantes telles que des événements traumatiques, un état de déséquilibre entraverait l'intégration de l'expérience dans la mémoire autobiographique. L'EMDR réactiverait ainsi le système naturel de traitement de l'information (comme sans doute bien d'autres formes de psychothérapie) et faciliterait la résolution adaptative du matériel précédemment déformé.

Après une préparation du patient à la relaxation et à des techniques de gestion du stress, l'entrée dans le vif de la thérapie commence alors par la définition de la cible thérapeutique (représentation du souvenir traumatique), puis le patient est invité à verbaliser la cognition négative (CN) relative à l'expérience traumatique. À l'opposé, il doit trouver une cognition positive désirée (CP) à atteindre pendant le processus thérapeutique. La crédibilité de la CP est évaluée sur une échelle dite échelle VOC (notée de 1 complètement faux à 7 complètement vrai). Le patient est ensuite invité à décrire l'émotion qu'il ressent en repensant à la CN en relation avec la cible à traiter. Évaluer la tension sur une échelle subjective de perturbation émotionnelle (notée de 0 aucune tension à 10, tension la plus forte). Enfin, le patient localise la sensation corporelle qui accompagne cet état. À partir de ces éléments, la désensibilisation peut commencer.

Nous proposerons d'illustrer deux applications de l'EMDR dans le champ de la sexualité. Dans une première partie, il s'agira de présenter la synthèse de travaux qui ont porté sur la prise en charge des femmes victimes de violences sexuelles. Dans une seconde partie, nous présenterons un cas de prise en charge d'un trouble de l'éjaculation précoce.

La prise en charge des violences sexuelles

◆ EMDR et prise en charge du viol

L'enquête nationale 2000 sur les violences envers les femmes en France (ENVEFF) a révélé que 1,2 % des femmes interrogées déclarent avoir subi, au moins une fois dans leur vie, des attouchements sexuels, une tentative de viol ou un viol (Jaspard, 2001). La symptomatologie des viols uniques s'exprime le plus souvent en termes d'état de stress post-traumatique. Après avoir subi une violence, une victime peut manifester plusieurs types de troubles : un état de stress aigu ou *Acute Stress Disorder*, et un état de stress post-traumatique (ESPT) ou *Posttraumatic Stress Disorder*, qui

va généralement persister au-delà trois mois. En ce qui concerne l'état de stress aigu, il peut se définir comme une forme précoce et brève d'ESPT, même si certaines manifestations sont spécifiques notamment par leur nature dissociative. Ces états aigus sont particulièrement associés au risque de survenue d'un état de stress post-traumatique (Marmar *et al.*, 1996). Dans le cas de viols, les problèmes sexuels seront également nombreux : baisse de la libido, anorgasmie, aversion sexuelle, abstinence sexuelle, vaginisme. Le viol entraîne des répercussions négatives importantes dans le fonctionnement affectif, surtout sous la forme d'une diminution de satisfaction sexuelle. On observe une diminution de la fréquence des rapports sexuels et souvent une abstinence autour des premiers mois. L'abstinence sexuelle totale, adoptée dans le cadre de conduites phobiques, est rapportée dans plus de 25 % des cas. L'étude de Tarquinio *et al.* (2012a) montre l'intérêt de l'EMDR auprès de femme prises en charge dans les heures ayant suivi l'agression (cf. encadré).

EMDR et prise en charge immédiate des victimes de viols

L'objectif de cette étude était de tester l'intérêt d'une prise en charge EMDR précoce des conséquences d'un viol. Issue d'une intégration de plusieurs protocoles EMDR d'urgence et inspirée par la pratique du débriefing psychologique, cette étude concerne 17 femmes victimes de viols qui ont été prises en charge dans le cadre d'une seule séance dans les 24 à 78h après leur agression. Suivies après 4 semaines, puis après 6 mois, les auteurs ont mesuré les effets à moyen terme de la symptomatologie post-traumatique, de la détresse psychologique, ainsi que les effets sur certains indicateurs de la sexualité de ces femmes victimes, en référence à leur sexualité antérieure.

Tableau 39.1. Scores partiels moyens et écarts-types obtenus certaines des variables mesurées.

	Phases d'évaluation			
	Pré-test	Post-test	Après 4 semaines	Après 6 Mois
SUD (de 0 à 10)	8.7 ^a (1.09)	2.47 ^b (1.17)	2.05 ^b (1.14)	2.41 ^b (1.37)
Niveau de désir (de 0 à 5)	0.47 ^a (0.62)	0.50 ^a (0.72)	3.82 ^b (1.07)	3.7 ^b (1.04)
Niveau d'excitation (de 0 à 5)	0.35 ^a (0.60)	0.52 ^a (.79)	3.87 ^b (1.04)	3.82 ^b (1.07)

Note : Les lettres différentes entre les moyennes en ligne indiquent une différence significative des contrastes au moins au seuil $p < .05$.

AUTRES APPROCHES EN SEXOTHÉRAPIE

Les résultats obtenus montrent qu'en une séance on assiste à une réduction intéressante du SUD, qui est un indicateur de perturbation générale qui se révèle stable 4 semaines, puis 6 mois après la prise en charge. On notera également à quel point la sexualité semble réinvestie par les victimes. Si ce type d'intervention d'urgence ne se substitue en rien à une psychothérapie plus approfondie, sa contribution et sa pertinence dans le cadre d'une prise en charge immédiate ouvre des perspectives intéressantes pour la prise en charge des victimes d'agressions sexuelles.

◆ EMDR et viols conjugaux

On estime qu'environ 30 % des viols que subissent les femmes sont le fait de leur conjoint (Basile, 1999). Selon une étude reportée par Martin, Taft et Resick (2007), les femmes victimes de viols à l'intérieur du couple reportent 5 fois plus de menaces ou de tentatives de suicide que les femmes victimes d'autres formes d'abus à l'intérieur du couple. Il semble que les femmes qui subissent cette violence sexuelle dans le couple manifestent des symptômes post-traumatiques plus graves et plus longtemps inscrits dans la durée (Basile *et al.*, 2004). Le viol conjugal est une forme de violence engendrant significativement plus d'ESPT et de symptômes dépressifs que toute autre forme de violence à l'intérieur du couple. On retrouvera notamment les classiques ESPT, dépression, troubles anxieux et idées suicidaires (Weaver *et al.*, 2007), mais aggravés. C'est également dans ce contexte clinique que la thérapie EMDR (Tarquinio *et al.*, 2012b) a été appliquée afin de traiter les conséquences psychopathologiques de ces viols (cf. encadré).

EMDR et femmes victimes de viols conjugaux

Objectif : mettre en évidence à partir du suivi de 6 femmes victimes de viols par leur conjoint, les effets positifs de la thérapie EMDR, notamment en ce qui concerne la réduction des symptômes d'ESPT, d'anxiété et de dépression. Toutes ces femmes ont d'une part fait l'objet d'une évaluation quantitative à partir d'échelles de mesure psychologiques proposées avant la prise en charge ainsi qu'à l'issue de chacune des séances (*Hospital Anxiety and Depression Scale* (HAD), IES (*Impact Event Scale*, score total) et d'un indicateur propre à la thérapie (EMDR, le SUD). Les victimes ont également participé à deux entretiens plus qualitatifs avant et après la prise en charge EMDR, afin d'évaluer plus précisément la présence ou non de symptômes d'ESPT sur la base des indications fournies par le DSM-IV (APA, 1994).

Résultats principaux : on observe une diminution significative et progressive des scores aux différentes échelles (SUD, HAD anxiété et dépression et IES) au fur et à mesure des séances. Ainsi, comme on le rencontre classiquement dans la littérature, le traitement EMDR conduit les sujets à s'auto-évaluer comme de moins en moins perturbés au fur et à mesure que la psychothérapie progresse. Enfin, comme nous l'espérons, la prise en charge psychologique réalisée à partir de la thérapie EMDR a conduit à une diminution notable du nombre de

symptômes liés au diagnostic d'ESPT. Cette diminution s'est révélée homogène pour les 3 critères d'ESPT pris en compte (critère B, C et D).

Conformément à la littérature existant dans le domaine, la thérapie EMDR, peut être d'une grande aide dans la prise en charge des troubles réactionnels consécutifs aux violences sexuelles que peuvent subir les femmes. Troubles réactionnels qui souvent viennent percuter de plein fouet la vie sexuelle. Mais cette vie sexuelle peut également être perturbée chez les hommes qui, confrontés à des difficultés de vie, peuvent souffrir d'un trouble de l'éjaculation prématurée.

La prise en charge d'un trouble d'éjaculation prématurée avec la thérapie EMDR : étude de cas

L'éjaculation prématurée est sans aucun doute le trouble sexuel masculin le plus fréquent. Il concerne environ 30 % des hommes (Laumann *et al.*, 1999). Il est cependant difficile de connaître les prévalences respectives de l'EP primaire et de l'EP acquise. Ce problème est l'un des plus néfastes pour l'individu (perte de confiance en soi, dévalorisation, altération de la qualité de vie supérieure à la dysfonction érectile...), et l'un des plus dévastateurs pour le couple (frustration féminine, jalousie, séparation). L'éjaculation prématurée peut parfois être le symptôme de problèmes de couple (Araoz, 1994). Le facteur relationnel conjugal est particulièrement fréquent comme cause directe ou élément d'entretien dans les EP secondaires (sans exclure une prédisposition physiologique). Cette catégorie regroupe les conflits relationnels et les attitudes agressives, négatives ou indifférentes de la partenaire. C'est dans ce cadre que nous avons utilisé la thérapie EMDR avec M. C.

Histoire du trouble de M. C.

M. C. est âgé de 33 ans. Cadre dans une entreprise automobile, sans enfant, il est envoyé par son généraliste début juin 2012 pour un trouble de l'éjaculation prématurée. En couple depuis 6 mois, il se plaint de « jouir trop vite », avant même parfois la pénétration. Les conséquences sur le plan psychologique sont catastrophiques en termes d'image de soi, de confiance en soi, d'anxiété et d'appréhension des relations sexuelles à venir. Les conséquences sur les relations de couple sont également délétères. M. C. indique très vite que sa nouvelle compagne est plutôt exigeante en matière de sexualité et qu'il n'avait jamais eu de difficultés sexuelles particulières jusque là. Il dit que sa compagne lui fait un peu peur, l'agressivité dans la sexualité est inhabituelle pour lui. Nous avons alors fait le choix d'une prise en charge EMDR, qui a duré deux séances de 60 minutes.

Éléments de la thérapie EMDR pour le cas de M. C.

Souvenir cible : C'est lors de notre premier rapport sexuel. Nous étions sortis et nous avons fait la fête. Nous avions très envie de faire l'amour ensemble. Tout s'est bien passé jusqu'à ce qu'elle me frappe sur les fesses et le visage. Ça ne faisait pas mal, mais ça m'a surpris et je me suis senti désarçonné.

Image la plus difficile : Quand je reçois ces gifles au visage.

Cognition négative : Je ne suis pas à la hauteur.

Cognition positive : Je suis homme aussi viril que les autres.

VOC : 1

Émotions ressenties : J'ai peur.

SUD : 10

Localisation de la sensation corporelle : Je ressens de l'oppression dans ma poitrine.

Retranscription de quelques interactions verbales rendant compte du déroulement de la thérapie.

Le thérapeute : Commençons par visualiser la scène dont nous parlions tout à l'heure.

M. C. : Oui, je m'en souviens parfaitement. C'était la première fois avec elle.

Le thérapeute : Pensez à cette image, à ce moment lorsque vous êtes giflé au visage. Gardez en même temps à l'esprit cette pensée « Je ne suis pas à la hauteur ».

M. C. : Oui, je le sens très fort là.

Le thérapeute : Connectez-vous à la peur que vous évoquiez et sur la sensation d'oppression dans votre poitrine.

Paul : Je ressens cette peur comme si j'y étais. Je sens aussi les choses dans ma poitrine.

Le thérapeute : Concentrez-vous sur cette image, sur ce qu'elle provoque chez vous, sur ce que vous ressentez et suivez mon doigt du regard.

À ce moment, nous commençons une séquence de mouvements oculaires (SMO).

Le thérapeute : Bien. Prenez une grande respiration. Qu'est-ce qui vous vient à l'esprit maintenant ?

Paul : Je me sens humilié.

Le thérapeute : On continue avec ça (SMO).

Paul : J'avais honte ; je ne comprenais pas.

Le thérapeute : Continuez avec ça (SMO).

...

Tableau 39.2. : Évaluations cliniques quantitatives du cas de M. C

Début de la session	Début de la deuxième séance	Fin de la seconde et dernière séance
<i>SUD</i> = 10	<i>SUD</i> = 5	<i>SUD</i> = 0
<i>VOC</i> = 1		<i>VOC</i> = 6

Nous avons résumé dans le tableau 38.2 un certain nombre d'indicateurs cliniques mesurés au début et à la fin de la thérapie, qui sur le point évoqué s'est déroulée sur deux séances de 60 minutes. On peut noter une diminution importante du *SUD* alors que le *VOC* augmente pour atteindre son seuil maximum à la fin de la seconde séance.

....

CT : Qu'est-ce que vous ressentez maintenant ?

M. C. : Je vois la situation différente...

CT : Continuez avec ça (SMO).

...

CT : À quoi vous pensez ?

Paul : En fait il faut que je rentre aussi dans le jeu. C'est un jeu. Je ne sais pas pourquoi je voyais ça sur un mode dramatique, humiliant...

CT : Qu'est-ce que vous ressentez maintenant ?

Paul : J'ai envie de jouer, je crois même que j'ai très envie de jouer.

...

Nous avons revu M. C. qui a repris une sexualité avec sa compagne. Entré dans le jeu sexuel proposé par sa compagne, il y a trouvé sa place et dit ne plus souffrir de ses problèmes d'éjaculation précoce.

En conclusion

La thérapie EMDR est un protocole de psychothérapie structuré et relativement facile à enseigner. Pour autant, il nécessite une finesse clinique et de bonnes compétences dans le domaine de la psychopathologie pour être appliqué à bon escient. Ce protocole regroupe les principaux éléments de la nouvelle médecine humaniste centrée sur la personne, dont l'influence s'étend rapidement dans les pays anglo-saxons depuis 15 ans, et qui commence à faire ses premiers pas en France. Il ne fait aucun doute que la thérapie EMDR doit occuper toute sa place dans le champ des sexothérapies. Les résultats sont convaincants et le seront d'autant plus chez le praticien qui saura l'utiliser de manière intégrative.

BIBLIOGRAPHIE

American Psychiatric Association (APA), (2004). *Practice Guidelines for the Treatment of Patients with Acute Stress Disorder and posttraumatic Stress Disorder*. Arlington, VA : American Psychiatric Association Practice Guidelines.

ARAOZ D.L. (1994). *Hypnose et sexologie*. Paris : Albin Michel.

BASILE K.C. (1999). Rape by acquiescence : the ways in which women "give in" to unwanted sex with their husbands. *Violence Against Women*, 5, 1036-1058.

BASILE K.C., Arias I., Desai S., Thompson M.P. (2004). The differential association of intimate partner physical, sexual, psychological and stalking violence and post-traumatic stress symptoms in a nationally representative sample of women. *Journal of Trauma Stress*, 17, 413-421.

CARSKADON M.A. (1993). *Encyclopaedia of sleep and dreaming*. New York : Macmillan.

JASPARD M., Brown E., Condon S., Fougeryrollas-Schwebel D., Houel A., Lhomond B. et al. (2003). *Les violences envers les femmes en France, une enquête nationale*. Paris : La Documentation Française.

LAUMANN E.O., Paik A. et Rosen R.C. (1999). Sexual dysfunction in the United-States : prevalence and predictors. *Journal of the American Medical Association*, 281, 537- 44.

MARMAR C. R., WEISS D. S., METZLER T. J. et DELUCCHI K. (1996). Characteristics of emergency services personnel related to peritraumatic dissociation during critical incident exposure. *American Journal of Psychiatry*, 153, 94 – 102.

MARTIN P. et MOHR P.E. (2002). Incidence and correlates of post trauma symptoms in children from backgrounds of domestic violence. *Violence and Victims*, 17, 472 495.

SHAPIRO F. (2001). *Eye movement desensitization and reprocessing : Basic principles, protocols, and procedures*. (2nd éd.) New York : Guilford Press.

TARQUINIO C. (2007). L'EMDR : une thérapie pour la prise en charge du traumatisme psychique. *Revue Francophone du Stress et du Trauma*, 7, 2, 107-120.

TARQUINIO C., BRENNSTHUL M.J., REICHENBACH S., RYDBERG J.A. et TARQUINIO P. (2012a). Early treatment of rape victims : presentation of an emergency EMDR protocol. *European Journal of Sexology and Sexual Health*.

TARQUINIO C., SCHMITT A. et TARQUINIO P., RYDBERG J.-A. et SPITZ E (2012). Benefits of "eyes movement desensitization and reprocessing" psychotherapy in treatment of female victims of intimate partner. *European Journal of Sexology and Sexual Health*, 21, 2, 60-67.

WEAVER T., ALLEN J.A., HOPPER, E., MAGLIONE, M.L., MCLAUGHLIN, D., MCCULLOUGH M.A., et al. (2007). Mediators of suicidal ideation within a sheltered sample of raped and battered women. *Health Care for Women*, 2828, 478-489.

40

LA BIBLIOTHÉRAPIE EN SEXOLOGIE

*« Le bonheur de lire ? Qu'est-ce que c'est que ça, le bonheur de lire ?...
Chaque lecture est un acte de résistance. De résistance à quoi ?
A toutes les contingences. Toutes : sociales, professionnelles, psychologiques,
affectives, climatiques, familiales, domestiques, grégaires, pathologiques...
Une lecture bien menée sauve de tout, y compris de soi-même.
Et, par-dessus tout, nous lisons contre la mort. »
Daniel PENNAC, Comme un roman.*

Qu'est-ce que la bibliothérapie ? _____

Beaucoup de nos patients sont demandeurs de lectures lorsqu'ils consultent pour une difficulté sexuelle et/ou de couple. Leurs motivations sont, à ce sujet, plurielles. Ils cherchent des livres qui pourraient les guider, les aider à comprendre, les inspirer dans leur sexualité, leur donner des « idées », compléter leur thérapie. Si cette demande peut avoir dans certains cas le visage d'une défense face à la relation, pour le patient comme pour le thérapeute (qui conseille un livre trop rapidement), elle est le plus souvent tout à fait recevable. Il convenait donc pour terminer cet ouvrage de laisser la place au livre comme vecteur du processus de soin associé et utilisé dans la relation.

Du grec *biblos*, livre, et *therapeien*, soigner, force est de constater que le terme de bibliothérapie est avant tout utilisé dans les pays anglo-saxons.

Choix de textes comme aide thérapeutique en médecine et en psychiatrie, aide à la solution par des lectures guidées (Stoltznberg, 1988), partage mutuel de la littérature (Berry, 1978), aide du patient à « se procurer savoir et introspection » (Katz, 1992), la bibliothérapie est surtout une thérapie d'appoint. Son utilisation peut suivre plusieurs axes du plus comportemental au plus créatif.

Son emploi dans certains services hospitaliers a fait suite à celui auprès de groupes sociaux en difficulté, comme des enfants en difficulté, des personnes incarcérées ou encore des sujets souffrant de légers handicaps mentaux. Son usage s'est aussi développé dans le cadre de moments de vie difficiles comme la confrontation à une maladie grave ou le deuil d'un d'être proche, ainsi que dans le cadre d'aide à de jeunes suicidants comme au CHR de Bordeaux (Keltz, 1992).

Plusieurs formes d'ouvrages peuvent servir de support à la bibliothérapie :

- **les livres de conseils directs** ou *self-help-books* ;
- **les livres de connaissance de soi ou d'expériences**, comme ceux de Boris Cyrulnik ou de Christophe André : « Le livre peut d'abord servir de test-diagnostic », explique le psychiatre. « Je demande au patient de le lire dès les premières séances afin de savoir s'il se reconnaît ou non dans les troubles décrits. Je peux aussi lui demander de travailler tel chapitre chez lui, avec exercices à l'appui. Je pense de toute façon que le gros du changement chez le patient se fait en dehors des séances » ;
- **les fictions** qui provoquent des déclics intérieurs comme pourraient y prétendre les *Cinquante nuances de Grey*.

Les deux grandes voies thérapeutiques de l'utilisation des livres sont d'une part une voie comportementale, basée sur des conseils, et une voie dans le travail du sens, avec une recherche du soin « par le livre » dans sa dimension sacrée (Ouaknin, 1994).

En sexologie, quel usage jusqu'à maintenant ? _____

Plus récemment, les expériences de bibliothérapie ont eu lieu notamment dans le champ social comme au Venezuela¹.

En Belgique, la sexologue Alexandra Hubin utilise la bibliothérapie dans le cadre de traitement de troubles de la sexualité féminine. Dans son article paru dans la revue

1. Des livres pour construire Paula Cadenas Banco del Libro Gerencia de información, documentación y estudio centrodeestudios@bancodellibro.org.ve www.bancodellibro.org.ve

Sexologie en 2010, Alexandra Hubin détaille les recherches actuelles sur les effets de la bibliothérapie dans les troubles du désir, troubles de l'orgasme et troubles liés à la douleur.

« La bibliothérapie est un concept qui nous amène à considérer la grande diversité des approches thérapeutiques. Incontestablement, la bibliothérapie pour les dysfonctions sexuelles n'égale pas les sexothérapies traditionnelles mais elle offre une alternative intéressante et efficace pour un public ciblé ou un outil complémentaire à celles-ci. »

Des quatre modèles de bibliothérapie – aucun contact avec le thérapeute, contact minimal, contact espacé, contact régulier –, seul ce dernier semble pertinent dans une prise en charge sexodynamique. En ce sens, les travaux d'une équipe de l'Université de Sherbrooke, A. Goudreau et G. Côté en 2001, ont éclairé le lien entre bibliothérapie et alliance thérapeutique.

« Il est envisageable de penser qu'en développant une plus grande relation de collaboration, le thérapeute et le client auront davantage accès aux difficultés éprouvées dans l'utilisation du manuel d'auto-traitement et aux solutions souhaitables. À titre d'exemple, un client qui trouverait difficile de s'attribuer son propre renforcement peut, après en avoir discuté dans le cadre des rencontres irrégulières avec le thérapeute, découvrir qu'il a la possibilité d'aller chercher le soutien nécessaire dans son propre réseau interpersonnel ou s'entendre avec le thérapeute pour accroître cet aspect de soutien à l'intérieur de leurs rencontres. De la même façon, un client qui éprouverait de la difficulté à gérer l'utilisation du manuel de traitement pourrait travailler cet aspect lors des rencontres espacées avec le thérapeute et, ensemble, en arriver à trouver les moyens qui pourraient l'aider à mieux gérer l'utilisation de ce manuel. Il est possible de croire que l'établissement d'une relation de collaboration entre le thérapeute et son client a un effet bénéfique pour contrer certaines limites de l'intervention par bibliothérapie. »

Citons les travaux du sexologue belge Philippe Kempeneers sur l'aide apportée par les manuels dans le traitement de l'éjaculation précoce et également l'étude BibliothEP, projet mené en collaboration par l'université de Liège (unités d'urologie et de psychologie clinique comportementale et cognitive) et la province de Liège (Belgique)¹. Il s'agit d'un programme extrêmement précis. Le *Guide pratique de*

1. L'étude BibliothEP : évaluation d'une nouvelle bibliothérapie de l'éjaculation précoce. Résultats généraux.

l'éjaculation précoce a été testé auprès de sujets présentant une éjaculation précoce. Nous sommes là dans le cadre d'une prise en charge comportementale avec un protocole à suivre par le patient.

Dans la perspective du livre ou du texte médiateur, comment l'intégrer en sexologie ? _____

Dans une perspective psychodynamique, l'accompagnement d'une thérapie par le livre implique une approche plus créative et en lien direct avec l'imaginaire. La dynamique de la relation thérapeute/patient sera essentielle à cet égard. Que ce soit sur la demande du patient ou sur le conseil du thérapeute, les mots qui seront mis sur ce qui aura été lu ou étudié, parfois mis en œuvre concrètement (dans le cas du livre de massages conseillés et faits à la maison), le retour verbal dans le processus sexothérapique fera toute la différence.

Bien entendu, et de nombreuses études l'ont montré, la capacité et le goût pour la lecture du patient joueront tout leur rôle et ce type d'approche ne s'applique pas à tous. Le moment pour intégrer ce type d'approche aura aussi toute son importance et ne doit en aucun cas être systématique. Toute la richesse des effets de la lecture sur le patient pourra ainsi s'exprimer et agir parfois au-delà de nos espérances.

Plusieurs techniques de choix peuvent être utilisées : soit un texte peut être choisi par le patient dans un ensemble proposé par le thérapeute, soit le texte est choisi par le thérapeute et il est proposé au patient de le lire chez lui, le retour se faisant en séance, soit la lecture du texte se fait pendant la séance et le travail se fait dans la foulée...

Dans le cas de couples en difficulté, le prêt d'un ouvrage peut s'envisager avec la consigne expresse de revenir à la prochaine séance avec le livre... qui fait office dans ce cas d'objet transitionnel. Il conviendra d'être prudent, de ne rien imposer, d'écouter tout ce que pourra soulever la lecture.

À partir de ces différents cas de figure, il pourra se travailler les associations d'idées, les sensations, les évocations, les résistances, les refus, les défenses, qui seront ensuite repris soit en individuel, soit en couple... Apprendre ou réapprendre la sensualité, éveiller sans imposer, stimuler l'imaginaire érotique, relancer la créativité sexuelle, s'autoriser aussi à dépasser des limites, ouvrir son champ de conscience

Ph. Kempeneersa, b, R. Andriannec, S. Bauwensd, S. Blairya, I. Georisd, J.-F. Pairouxa.

a Université de Liège, Faculté de Psychologie (B). b Clinique Psychiatrique des Alexiens, Henri-Chapelle (B). c Université de Liège, Faculté de Médecine – service d'Urologie (B). d Sexologues d'exercice libéral, Liège (B).

sexuel, voici les principaux buts de la bibliothérapie telle que nous la concevons, pour soutenir les patients dans leur thérapie mais aussi pour l'amour des livres.

Et pour terminer, un des plus beaux textes de la littérature française à lire et à faire lire « entre les lignes »...

Lettre originale de George Sand à Alfred de Musset

[Lire une ligne sur deux...]
Je suis très émue de vous dire que j'ai bien compris l'autre soir que vous aviez toujours une envie folle de me faire danser. Je garde le souvenir de votre baiser et je voudrais bien que ce soit là une preuve que je puisse être aimée par vous. Je suis prête à vous montrer mon affection toute désintéressée et sans calcul, et si vous voulez me voir aussi vous dévoiler sans artifice mon âme toute nue, venez me faire une visite. Nous causerons en amis, franchement. Je vous prouverai que je suis la femme sincère, capable de vous offrir l'affection la plus profonde comme la plus étroite en amitié, en un mot la meilleure preuve dont vous puissiez rêver, puisque votre âme est libre. Pensez que la solitude où j'habite est bien longue, bien dure et souvent difficile. Ainsi en y songeant j'ai l'âme grosse. Accourez donc vite et venez me la faire oublier par l'amour où je veux me mettre.

Réponse d'Alfred de Musset

[...Premier mot de chaque phrase]
Quand je mets à vos pieds un éternel hommage
Voulez-vous qu'un instant je change de visage ?
Vous avez capturé les sentiments d'une cour
Que pour vous adorer forma le Créateur.
Je vous chéris, amour, et ma plume en délire
Couche sur le papier ce que je n'ose dire.
Avec soin, de mes vers lisez les premiers mots
Vous saurez quel remède apporter à mes maux.
Bien à vous, Éric Jarrigeon

Réponse de George Sand
(...premier mot de chaque phrase)
Cette insigne faveur que votre cour réclame
Nuit à ma renommée et répugne mon âme.

BIBLIOGRAPHIE

ALPTUNA A., (1994), *Qu'est-ce que la bibliothérapie ?* Paris, Bbf.

BERRY FRANCKLIN M., (1978), « Analysis of processes in bibliotherapy », Proceedings of the Fourth Bibliotherapy Round Table/éd. A. Hynes K. Gorlick, Washington, D.C.,.

DE SUTTER, P., REYNAERT, N. VAN BROECK, N. et DE CARUFEL, F. (2002), Traitement de l'éjaculation précoce par une approche bibliothérapeutique cognitivo-comportementale sexologique. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, 12, 4, 131-136.

DU BORD C.H. (2002), *Les plus belles pages de la littérature érotique*, Paris Eyrolles.

GOUDREAU A. CÔTÉ G., (2001), La bibliothérapie : comment favoriser l'alliance thérapeutique, *Revue québécoise de psychologie*, vol. 22, n° 3.

HUBIN A, et al. (2010). La bibliothérapie : un outil thérapeutique efficace pour les dysfonctions sexuelles féminines ? *Revue Sexologies*, Elsevier Masson.

KEMPENEERS, P., BAUWENS, S., et DE SUTTER, P. (2004). Perspectives nouvelles dans le traitement de l'éjaculation précoce. *Revue Francophone de Clinique Comportementale et Cognitive*, 9, 4, 1-8.

LOWE, J.-C. et MIKULAS, W.L. (1975). Use of written material in learning self-control of premature ejaculation. *Psychological Reports*, 37, 295-298.

OUAKNIN M.A., (1994), *Bibliothérapie : lire, c'est guérir*, Paris, Le Seuil.

TRUDEL, G., SAINT-LAURENT, S. et PROULX, R. (1985). Traitement behaviorale des dysfonctions sexuelles par bibliothérapie : les résultats de deux études. *Revue de Modification du Comportement*, 15, 76-81.

STOLTZENBERG E., (1988) « Les livres = ponts entre moi et les autres », Heilkraft des Lesens : Erfahrungen mit der Bibliothérapie/hrs. von Peter RAAB, Freiburg-Basel, Herder Taschenbuch Verl.

Conclusion

NOUS VOICI arrivé à l'épilogue de cet ouvrage qui a été guidé par des choix mais toujours dans un esprit d'ouverture. Le fil rouge en a été l'axe psychodynamique de la sexualité humaine dans ses applications théoriques, cliniques et pratiques.

Toute cette approche peut servir de base de compréhension et d'application thérapeutique, pour affiner l'utilisation de méthodes spécifiques ou dans l'utilisation de boîtes à outils techniques. Chaque sexologue éclairé pourra choisir en fonction de sa formation de base, de ses aspirations, de la demande et de la singularité de son patient.

Merci à l'équipe de Dunod qui m'a fait confiance dans cette aventure, merci à Virginie, pour son accompagnement bienveillant et éclairé, merci à Mathieu et Manuel qui ont travaillé dans l'ombre...et merci à Jean-Philippe qui a usé ses yeux pour traquer les dernières coquilles...

Merci, merci, merci.

Carnet pratique

Associations de sexologie en France

AIUS : Association Interdisciplinaire post-Universitaire de Sexologie

Société savante créée en 1983, elle rassemble au sein d'un même esprit et d'une même action, universitaires et praticiens, médecins et professionnels de la santé, enseignants et enseignés, unis par le même souci d'éthique, de pratique clinique, de recherche et de transmission d'un savoir. Elle organise à présent des formations continues en sexologie qui s'adressent aux professionnels de santé sexologues, médecins généralistes et spécialistes, psychologues, kinésithérapeutes, psychomotriciens, sages-femmes, infirmières et pharmaciens.

Elle a été à l'origine de la mise en place de la revue Sexologies.

<http://www.aius.fr>

ASCLiF : Association des Sexologues Cliniciens Francophones

Elle regroupe des thérapeutes en sexologie professionnels de la santé à la base dont les compétences sont certifiées par le suivi et la validation d'un enseignement universitaire dans le monde francophone. Elle soutient la pratique des thérapies sexologiques, l'information et l'éducation sexuelles, la recherche en sexologie. Sa vocation est avant tout clinique et francophone. Elle organise chaque année sur des thèmes sexologiques des Journées-Rencontres en France, en Suisse ou en Belgique. Lui sont affiliés la SSUB, l'APRES, la SPESE et est membre de la WAS et de l'EFS.

<http://asclif.free.fr>

SFSC : Société Française de Sexologie Clinique

En 1970, en France, elle a été la première Société Savante consacrée à l'étude de la sexualité et des thérapeutiques susceptibles de venir en aide aux hommes et aux femmes affectés de problèmes sexuels. Elle a organisé un enseignement éclectique de qualité pour les candidats sexologues et a édité les Cahiers de Sexologie Clinique puis la revue Sexologos. Elle se donne aujourd'hui pour mission l'enseignement de sexologie post-universitaire.

<http://www.sfsc.fr>

FF3S : Fédération Française de Sexologie et Santé Sexuelle

À l'initiative de l'AIUS et de la SFSC, qui en sont les membres fondateurs, FF3S montre et entretient par ses actions le dynamisme de la sexologie en France. Elle a d'ailleurs accueilli l'Asclif en tant que membre associé.

Le site internet de la FF3S, principalement tourné vers le grand public, est destiné devenir l'un des grands moyens de diffusion de notre compétence professionnelle, de notre validité scientifique, et de notre éthique.

FF3S organise désormais chaque année les Assises françaises de Sexologie et de Santé Sexuelle.

www.ff3s.fr

SNMS : Syndicat des Médecins Sexologues

Le syndicat national des médecins sexologues a été fondé il y a une vingtaine d'années. Il a pour vocation de regrouper les médecins exerçant la sexologie, de défendre cette profession et de la faire connaître auprès du public, des confrères et des autorités.

<http://www.snms.org>

CCPIU : Conseil de Coordination Pédagogique Interuniversitaire

Il est chargé de mettre en place les enseignements de sexologie à l'université en France ainsi que les modalités de l'examen national des DIU de Sexologie et de Sexualité Humaine.

Autres organisations francophones _____

APRES : Association pluridisciplinaire pour l'étude et la recherche sur la sexualité France

<http://apres-assoc.org/>

ADIRS : Association pour le Développement de l'Information et de la Recherche sur la Sexualité

www.adirs.org

ASPSC-SPVKS : Association Suisse des Psychologues Sexologues Cliniciens - Schweizerischer Psychologenverband Klinischer Sexologen

<http://www.aspsc-spvks.com>

CIFRES : Centre International de Formation et de Recherche en Sexualité
www.cifres.org

CFSF : Centre de formation de Sexocorporel Français
www.formation-sexocorporelle.fr

ISI : Institut Sexocorporel International
www.sexocorporel.com

SPESE : Société Pluridisciplinaire des Études Sexologiques de l'Est, France
www.spese.fr

SSUB : Société des Sexologues Universitaires de Belgique
www.ssub.be

Organisations internationales

Chaire de Santé Sexuelle et Droits Humains, Unesco,
dédiée à la promotion de la santé sexuelle et des droits humains dans la
perspective du développement durable des hommes des femmes et des
sociétés, sa mission est avant tout politique et éducative.
www.santesexuelle-droitshumains.org

EFS : European federation of sexology
www.europeansexology.com

WAS : word association of sexology
www.worldsexology.org

Adresses utiles

Assises de Sexologie et Santé Sexuelle : Elles ont lieu chaque année et sont un
moment privilégié d'échanges et d'actualisation scientifique en matière de
sexologie.
www.assises-sexologie.com

AFTCC : Association Française des Thérapies Comportementales et Cognitives
www.aftcc.org

Association EMDR France
www.emdr-france.org

CFHTB : Confédération Francophone d'Hypnose et Thérapies Brèves
www.cfhtb.org

Institut Milton Erickson Avignon-Provence
www.hypnose-clinique.com

Émergences : Institut de formation et de recherche en hypnose et communication thérapeutique- Rennes
www.emergences-rennes.com

Violences sexuelles
<http://stop-harcelement-sexuel.gouv.fr>

Revues

Sexologies : Revue européenne de sexologie et de santé sexuelle. Éditions Elsevier Masson
contact@journal-sexologies.com

Sexualités Humaines : Revue de Sexologie des Professionnels de Santé
www.ressourcesmentales.com

Sexologos : Bulletin de la FF3s
www.ff3s.fr

Formation de base DIU de sexologie, DIU d'études de la Sexualité Humaine

Paris XIII- Bobigny : pfpps3@univ-paris13.fr, s.kedjam@smbh.univ-paris13.fr,
www.sexualite-universiteparis13.com

Paris VII- Diderot : www.univ-paris-diderot.fr,
www.santesexuelle-droitshumains.org

Paris V René Descartes : christelle.dusart@egp.aphp.fr

Marseille : fabienne.clergue@ap-hm.fr

Lille : sylvie.ossowski@chru-lille.fr

Lyon : amandine.truchet@univ-lyon1.fr

Amiens : dr.leuillet@wanadoo.fr

Metz : dep.psychouniv-metz.fr

Nantes : evelyne.lieau@univ-nantes

Toulouse : plante.sechpv@chu-toulouse.fr

Formation continue

AIUS, ASCLiF, SFSC, APRES : Chacune de ces associations de sexologie propose des programmes de formation continue ou des supervisions en sexologie, programmes à consulter sur leurs sites respectifs.