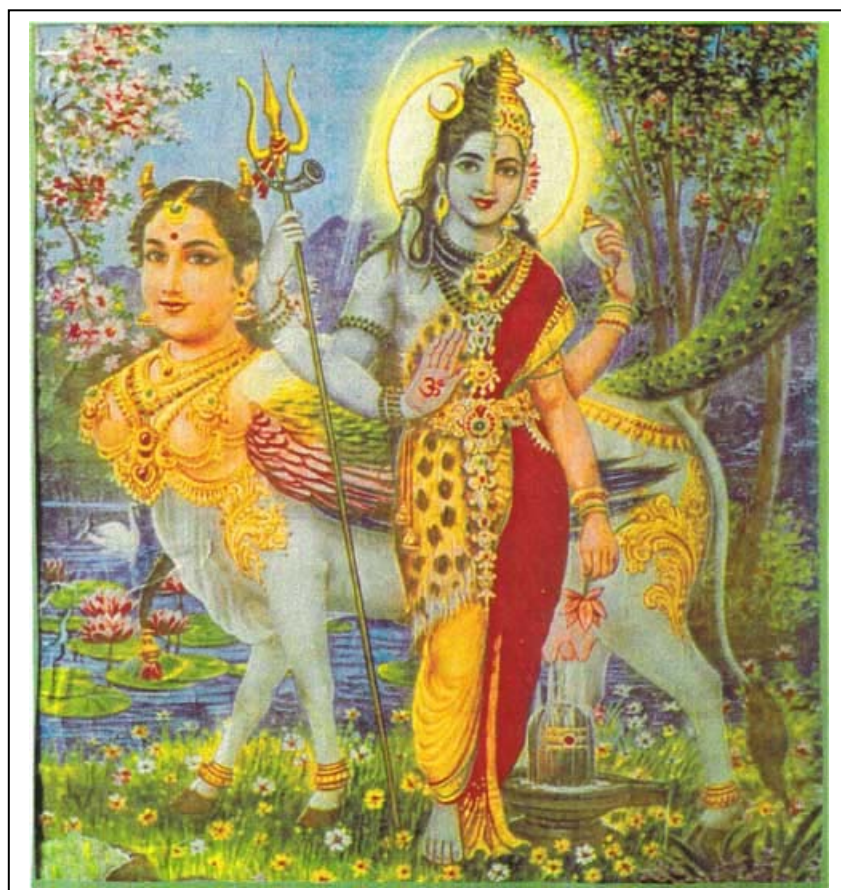


LE DESIR FEMININ HYPOACTIF
PANORAMA DE LA CLINIQUE SEXOLOGIQUE ACTUELLE
ANALYSE ET PROPOSITIONS DE COUNSELLING

Mme Dominique DERAITA



Faculté de médecine de Montpellier I

Mme Dominique DERAITA

20 rue Eugène Scribe
34500 BEZIERS 04 67 49 27 13
www.conseil-couple-famille.com



FORMATION

- Formation à la Thérapie Systémique de couple et de famille (2000- 2003)
CEMEF - Montpellier
- Diplôme Conseil Conjugal et Familial (1997 - 1998)
Ecole des Parents et des Educateurs de Marseille
- Diplôme Professeur de yoga (1986 –1990)
Fédération Française de Yoga Viniyoga.

FORMATIONS COMPLEMENTAIRES

- Formation Continue de Yoga depuis 1990
dans les Centres de Formation de la Fédération Viniyoga.
- Stages annuels de techniques psycho - corporelles de développement personnel
depuis 1986.
- Supervision individuelle Conseil Conjugal et Familial depuis 1999.
- Supervision de groupe Thérapie Familiale depuis 2004

EXPERIENCE

- **Conseillère conjugale et familiale** en cabinet depuis 1998
et **Thérapeute de couple** depuis 2002.
- Enquêtrice sociale de 1998 à 2000 pour les Juges aux Affaires Familiales du
Tribunal de Grande Instance de Béziers.
- Professeur de yoga depuis 1989 en groupes, séminaires et sessions
individuelles

Participation Congrès AIHUS 2006

Abonnements :

- « Différences »- Journal Association Nationale des Conseillers Conjugaux et Familiaux- Paris
- « Thérapie Familiale » - Editions Médecine et Hygiène – Genève
- « Sexologies » - Editions Elsevier - France

« O, l'ironie du désir toujours à soupirer après le miroitement liquide au delà de la dune la plus éloignée ! »

La maîtresse des épices – Chitra Banerjee DIVAKARUNI – Picquier poche, 2002.

Tous mes remerciements aux professeurs Stephen B LEVINE, Rosemary BASSON et Pamela C. REGAN pour les documents qu'ils m'ont fourni avec une extrême gentillesse, au Dr Richard WILSON pour sa pédagogie et son soutien régulier, au Dr Kamel BEN – NAOUM pour une relecture critique et stimulante, aux Dr Mireille BONIERBALE et Marie - Helène COLSON pour la logistique pédagogique, et à mes amies ... ces femmes qui ont accepté de partager avec moi mes interrogations, et à mes patients qui, sans le savoir, sont mes véritables instructeurs.

Le désir sexuel est insaisissable, plus on veut l'attraper plus il s'échappe

Ghislaine PARIS – Un désir si fragile (2005)

Et d'accepter l'idée qu'à chaque fois que l'on dit « la Femme » on ne circonscrit pas le problème puisque les femmes sont et semblables et différentes. Alain HERIL - Journal d'un sexologue (2003)

I – INTRODUCTION :

I - 1 : PRESENTATION DU THEME

Le travail qui suit vise à présenter un regard panoramique issu de la sexologie clinique actuelle sur la situation des femmes occidentales contemporaines connaissant dans une relation de couple hétérosexuel un trouble du désir secondaire et persistant. Regard qui se focalisera dans le champ des recherches et réponses apportées hors médicalisation de cette question.

Il est connu dans ce champ de la sexologie que la sexualité féminine reste encore largement à explorer aujourd'hui. Et que les recherches menées jusque là dans cette direction ont été influencées, voire biaisées, parce que référées pour la plupart à la sexualité masculine, mieux connue et réputée plus simple. (CHALKER 2000, BANCROFT 2000, TIEFER 2000, BASSON 2000)

Pour mémoire, FREUD disait dans ses « Nouvelles Conférences sur la psychanalyse » en 1916 : « L'accolement de ces mots « libido féminine » ne peut se justifier ».

Comme le précise le sexothérapeute Stanley E. ALTHOF (2005), président de l'International Society for the Study of Women's Sexual Health **“The field of female sexuality is complicated, subtle. There are several reasons why we don't completely understand female sexual response.** First, there are several fundamental aspects of the biology that remain unknown. Second, researchers began investigating female sexuality from the perspective of the male's response. This was the wrong approach. **Lastly, while we understand some of the psychology, we don't yet have the full picture. In**

essence, we don't yet have the complete story.” (28)

En particulier le modèle initial de la réponse sexuelle humaine élaboré par MASTERS & JOHNSON assumait que cette réponse était la même pour les deux sexes.

Depuis les modèles proposés par Helen S. KAPLAN, puis Rosemary BASSON, et Beverly WHIPPLE ont établis clairement les caractéristiques de ce cycle féminin et en particulier en ce qui concerne la place du désir.

Le détail de ces apports sera abordé dans le chapitre II.

Pourtant il est tout aussi connu que l'une des plaintes majeures des femmes en consultation de sexologie concerne la difficulté à expérimenter le désir de façon satisfaisante pour elle.

« L'épanouissement sexuel est une aspiration importante et attendue au sein de la relation conjugale. La disparition du désir chez une femme constitue donc une vraie difficulté. Elle remet le couple en question et aboutit parfois à sa rupture. Ce problème est encore aggravé car ces mêmes femmes exigent de leur compagnon une fidélité absolue ».(PARIS Ghislaine [2005]p.203) (18)

La multiplication et la persistance des plaintes des femmes dans ce domaine, associées au fait que les difficultés à éprouver du désir nourrissent une sexualité déficiente et retentissent progressivement sur tous les aspects de leur existence (relationnelle et intrapsychique), ont conduit à choisir de porter un regard approfondi sur les connaissances en ce domaine.

Le parti a été pris pour le faire, de donner une place privilégiée aux apports des femmes contemporaines dans cette recherche sur le Désir Féminin Hypoactif. Elles nous invitent à explorer de façon cohérente la complexité de l'expérience sexuelle féminine et ses multiples dimensions. Dimensions à la fois physiologiques, psychologiques, interpersonnelles et culturelles dans laquelle se potentialisent « pour le meilleur ou pour le pire » l'estime de soi, l'image de soi, la conjugalité, le plaisir et les nombreuses façons qu'ont les femmes de l'expérimenter, la satisfaction ressentie et bien d'autres variables encore.

I-2 : QUELQUES REPERES HISTORIQUES DE LA RECHERCHE SEXOLOGIQUE SUR LES DSF

- ❖ **1966** - Premières publications des travaux de MASTERS & JOHNSON
- ❖ **1974** - La World Health Organization tient une conférence unique sur les besoins en formation des praticiens en santé sexuelle. Le rapport final mentionne **"A growing body of knowledge indicates that problems in human sexuality are more pervasive and more important to the well-being and health of individuals in many cultures than has previously been recognized"**.
L'importance d'une approche positive de la sexualité humaine et de la nécessité de travailler au mieux – être des relations y est accentuée. **Une définition large de la santé sexuelle y est proposée : « l'intégration des aspects somatiques, émotionnels, intellectuels et sociaux de l'être sexué. »**
- ❖ **1980** - Publication du DSM III incluant la première classification standardisée des DSF (Dysfonctions Sexuelles Féminines)
- ❖ **de 1990 à 1999** - **4936** études publiées sur les dysfonctions sexuelles masculines / **1993** études sur les dysfonctions sexuelles féminines (WHIPPLE Beverly [2002]) (49)
- ❖ **1998** - Premier Consensus International sur les DSF, réunissant 19 experts sur les bases des classifications du CIM 10 et du DSM IV, qui réévalua et affina les classifications des dysfonctions. Une définition plus élaborée du désir hypoactif apparaît, ainsi qu'un élément essentiel du nouveau diagnostic qui est l'adoption du critère de « détresse personnelle » permettant théoriquement à la femme d'évaluer par elle-même la nécessité d'une prise en charge. (31)
- ❖ **1999** - Création du FSFF : Female Sexual Function Forum, qui devient en 2001 l'ISSWSH : International Society for the Study of Women's Sexual Health.

- ❖ **1999** - Propositions du “**Working Group on a New View of Women’s Sexual Problems**” dirigé par le Dr Leonore TIEFER, qui met en place les années suivantes deux campagnes internationales d’information sur une nouvelle vision de la sexualité féminine élaborée par un groupe de femmes. (46)
- ❖ **2003** - Un nouveau code est ajouté au chapitre des symptômes ICD-9-CM pour permettre un diagnostic de “désir décroissant” qui utilise un code hors du chapitre sur la santé mentale (jusque là le seul code utilisable était le 302.71 : dysfonction psychosexuelle avec un désir sexuel hypoactif)
- ❖ **2003** - L’ISSWSH propose une nouvelle définition.
- ❖ **2003** - La 2^{ème} Conférence sur les Dysfonctions Sexuelles à Paris : ”**Sexual function would appear to be a prime example of the mandatory blending of mind and body** “. (15)

Les définitions des dysfonctions sexuelles féminines comme la connaissance du désir sexuel féminin sont clairement en cours d’évolution.

Mais, la majeure partie de la recherche actuelle continue d’être effectuée sur les dysfonctions de la sexualité féminine et pas encore sur la fonction de la sexualité chez la femme, malgré les avancées de quelques pionnières :

« Il incombe aux médecins de comprendre ce qu’est une fonction sexuelle saine chez la femme, avant de déclarer un trouble du comportement ». (WHIPPLE B. [2002]) (49)

I – 3 : HYPOTHESE DE TRAVAIL

L'axe autour duquel évoluera ce travail est un questionnement sur la fonction de cette défaillance du désir chez des femmes pour lesquelles aucune étiologie physiologique, psychiatrique, ou iatrogénique ne peut apporter de réponse satisfaisante sur les origines du trouble et de sa persistance.

Cette défaillance ou absence persistante de désir pourrait elle être, par les remises en cause qu'elle suscite, et de la femme elle – même et du couple, un élément qui attire l'attention. Celle des deux membres du couple dans une première phase, l'attention du thérapeute ensuite, qui vont se focaliser sur la qualité du lien conjugal, la qualité du cadre relationnel quotidien ?

Le silence du désir pourrait - il être une parole du corps féminin : silence du désir et fermeture du corps. Parole portée dans ce corps comme pourra l'être l'enfant commun, porté dans le corps de la femme mais parlant d'un « trouble commun » ?

Comme s'est interrogé déjà à ce sujet Stephen B. LEVINE (2003) "Perhaps simply because there is less drive, women's motivation is highly sensitive to subtle positive and negative interpersonal contexts. Each woman defines this context within her subjectivity.

Another reflection of the lower drive is that women aspire to psychological intimacy as a gateway to sex whereas men are more easily inclined to aspire to sexual behavior as a gateway to the sense of closeness. Clinicians often encounter patients who are too angry, fearful, disappointed, or alienated to make love to their partners. Understanding this tendency helps us to appreciate that **some cases of Acquired Hypoactive Sexual Desire Disorder are seemingly devoid of desire because sexual interest is actively mentally inhibited.**" (38)

Dans les centaines de références étudiées ont été retrouvées constamment des hypothèses qui pointaient l'importance du contexte conjugal dans ce qu'il est encore convenu d'appeler le Désir Hypoactif Féminin, sur la réalité du désir comme expérience

inter-subjective, et sur le fait que le désir inhibé prend sa place dans un système qui lui donne son sens et l'entretient.

Et parce que la « variable couple » ne peut aujourd'hui encore être traitée par aucune pharmacopée, il paraît important de faire en regard du trouble constaté, quelques propositions de counselling à l'intention de ces couples. Propositions d'accompagnement qui s'adressent au contexte conjugal en y incluant le symptôme avancé et qui seront abordées au chapitre III .

Dans ce chapitre également, et sur la voie déjà balisée ou initiée par de grands chercheurs, contribuer modestement peut être, à clarifier quelques bases que l'hypermédicalisation actuelle semble vouloir reléguer au rang des idées passées, et rappeler avec Mme GRAZZIOTIN (2004) **“Couple therapy is indicated if relationship issues and couple dynamics appear to be the leading etiological factor in the HSDD”** (35)

«La recherche de STUART et al. (1987) semble confirmer cette priorité des facteurs relationnels. Les auteurs concluent ainsi que ce ne sont pas le taux d'androgènes, les variables socio-démographiques, les antécédents personnels ou les variables de la personnalité, **mais bien les variables interactionnelles qui distinguent un groupe de femmes avec une IDS (Inhibition du Désir Sexuel) d'un groupe de femmes sans IDS** ». (TREMBLAY Serge [1998]) (48)

Ce travail est dédié pour paraphraser le Dr LELEU (2001) « à tous ceux et surtout à toutes celles dont le bonheur se délite et le cœur se meurt parce qu'ils n'ont pas protégé leur relation amoureuse des larmes acides, des « amouricides » et autres pollutions qui la détruisent ». (11)

Ainsi la problématique du désir féminin soulève la question même de l'identité sexuelle féminine, de sa place dans la société actuelle, de la perception qu'en ont les femmes et de leurs attentes en ce domaine. La simple phrase « je n'ai pas ou plus de désir » exprime tout cela, et c'est pour cette raison qu'il n'est pas simple d'y répondre. Ghislaine PARIS – Un désir si fragile (2005)

II - CONCEPTS - REFERENCES THEORIQUES : DESIR SEXUEL AU FEMININ

Le désir sexuel est un sujet complexe touchant à la fois l'intimité et le bien être dépendant aussi bien de facteurs physiologiques (cérébraux et hormonaux) que de facteurs culturels : livres, films, magazines et aussi instruction sexuelle, croyance religieuse et expériences.

Françoise DOLTO (1998) rappelle que FREUD considérait la libido comme « énergie sexuelle traversant le psychisme » et le désir « une force dynamique qui régissait le psychisme et le corps et qui prenait ses racines dans l'inconscient ». (2)

Plus récemment, le Committee 14 (2000) s'inspirant de la définition de LEVINE (1994) et GRAZIOTTIN (1998) développe le sens de libido : “It has **three major dimensions : biological, motivational-affective and cognitive which have a complex interplay with both inhibition and enhancement**“. Sexual desire is normally an activated, unsatisfied mental state of variable intensity, created by external- via the sensory modalities - or internal stimuli - fantasy, memory, cognition - that induces a feeling of a need or want to partake of sexual activity to satisfy the need”. (33)

Le Dr Stephen B. LEVINE (2003) en donne une définition clinique “Although many speak of desire as though it were one phenomenon, it is not. It is the sum of the forces that lean us toward and push us away from sexual behavior. **Although no one is quite sure what sexual desire is, it is a central feature of our modern discourse on sexual identity, sexual function and sexual dysfunction**”. (38)

Définition qu'il précise encore : "The ordinary spectrum of sexual desire's intensity looks something like this:

Aversion----Disinclination----Indifference----Interest-----Need-----Passion

The spectrum reminds us that desire is a dynamic or a changeable phenomenon and that it consists of a degree of interest in behaving sexually that may be positive or negative. Sexual desire is always composed of three components :

Drive : the biological component which has an anatomy and neuroendocrine physiology

Motivation : the psychological component which is influenced by :

- Personal mental states such as joy or sorrow
- Interpersonal states such as mutual affection, disagreement, or disrespect
- Social contexts such as relationship duration and infidelity.

Wish : the cultural component that reflects values, meanings and rules about sexual expression that are inculcated in childhood and may be reconsidered throughout life".

(38)

Dix ans après MASTERS & JOHNSON, le Dr Helen KAPLAN se démarque de leurs conclusions et indique que le désir sexuel est une phase distincte des autres phases de la réponse sexuelle, précédant l'excitation sexuelle et étant à la base de toutes les autres phases. **Cette notion implique alors qu'un désordre du désir pourrait affecter la qualité de la réponse sexuelle en altérant une ou plusieurs phases de cette réponse.**

Le désir sexuel ne doit pas être confondu avec l'excitation sexuelle, bien que les deux conditions coexistent souvent et se chevauchent. (REGAN & BERSCHIED[1999])

Nous retiendrons également comme élément important de la réflexion que le désir peut émerger lorsqu'il n'y a aucun danger et que **chacun le supprime lorsque la peur domine.**

II – 1 : LES DETERMINANTS BIOLOGIQUES : LE CERVEAU – LES HORMONES

La présence intrinsèque du désir sexuel dans le système endocrinien, tel que décrit par LEVINE, confirme les éléments rapportés par KAPLAN (1979) qui parle du désir sexuel comme d'un appétit. Cet appétit est contrôlé par l'ensemble des déterminants biologiques et empiriques. Elle ajoute : « En fait, le désir est le produit d'un substrat biologique qui est modelé dans sa direction et son intensité par les événements passés ».

II – 1 – A : CERVEAU ET SEXUALITE

«A l'inverse des hommes, les femmes ont besoin de se sentir impliquées émotionnellement pour faire l'amour. Toutefois, les sentiments ne sont pas uniquement des vagues d'émotions ; ils ont un fondement biologique solide et objectif que nous commençons seulement à présent à comprendre ».(GRAZIOTTIN Alessandra [2002]) (35)

Le Dr GRAZIOTTIN précise : **« Le système limbique, qui est plus un concept théorique qu'une structure anatomique spécifique, indique l'interdépendance fonctionnelle d'un certain nombre de centres, fibres et noyaux, qui sont primordiaux pour la réaction émotionnelle et sexuelle.** À l'intérieur du lobe temporal, l'amygdale et l'hippocampe sont tous les deux sollicités lorsque les émotions et la mémoire sont en jeu, et ils sont activés à chaque fois qu'une personne s'engage dans une relation sexuelle.

L'amygdale est non seulement importante pour les émotions, mais encore une de ses fonctions est de confronter le stimulus sexuel actuel avec ceux qui se sont produits par le passé. **Si le souvenir est négatif, il est probable que la décharge intense du cerveau et la cascade d'événements neuro-vasculaires qui conduisent à la réaction sexuelle périphérique non génitale et génitale s'estompent. Par contre, lorsque le**

stimulus sexuel est traité de manière positive, la cascade d'événements neuronaux et vasculaires s'amplifie ».

Et encore : « L'amygdale est un centre vital de notre vie émotionnelle. Elle comprend des régions qui coordonnent les **quatre “systèmes fondamentaux de commande des émotions”** pouvant être impliqués dans notre fonction ou dysfonction sexuelle :

- *le système de la demande-de l'appétit* qui procure le désir, l'éveil et l'énergie activant l'intérêt que nous portons au monde qui nous entoure ;

- *le système de la colère-fureur* qui est activé par des états de frustration, c'est-à-dire lorsque des actions visant un objectif sont contrecarrées ;

- *le système de peur-angoisse* qui active les réactions de fuite (réelles ou symboliques).

Ce système est habituellement plus actif chez les femmes ; les troubles de l'angoisse ont une plus forte prévalence chez les femmes que chez les hommes ;

- *le système de la panique (séparation-détresse)* qui est lié non seulement à la panique-angoisse mais aussi à des sentiments de perte et de chagrin.

Il est intéressant de constater que le noyau du système de la panique-séparation-détresse correspond à la circonvolution antérieure du corps calleux, également activée lors de l'éveil sexuel de la femme ».

II – 1 – B : CERVEAU ET DESIR SEXUEL

Helen KAPLAN de son côté insiste, sur la nature duelle des circuits nerveux impliqués dans le désir :

“All examples of physiological motivational control seem to involve dual effects – inhibitory and excitatory- which function together to adjust the system. Control of sexual motivation is no exception and also operates on such a “dual –steering” principle”.([1995] p.17) (18)

“Normal sexual desire depends on a good balance between the “erotic motor” which incites our desire to copulate, and the “sexual brakes”, which keep our libidinous urges in check so that we do not crash headlong into disaster”. ([1995] p.19) (8)

Pourtant ,

elle relativise néanmoins la primauté du biologique sur le psychologique :

“The genital organs and the cerebral centers send impulses to and receive impulses from virtually all the neural centers and circuits. **It is also true that the sexual response is subject to influences from numerous sources : memories, experiences, emotions, thoughts and associations. The influences can inhibit or enhance**”. (KAPLAN [1974] p.45) (7)

“According to a psychosomatic view of sexual desire, the sex regulating apparatus of the brain represents the “final common pathway” **via which various biological and psychosocial factors influence the modulation and adjustment of human sexual desire**”. (KAPLAN [1974] p.17) (7)

II – 1 – C : HORMONES ET SEXUALITE

Helen KAPLAN synthétise ainsi le rôle des principales hormones dans la sexualité féminine :

“The variegated influence of sex hormones on women has been well summarized in Money’s dictum that “estrogene makes females attractive to males, while testostérone makes them responsive to males(1961)”. ([1995]p.28) (8)

En Mars 2000, le rapport de la Conférence Internationale de Consensus sur les DSF notait : “**The role of steroid hormones in the modulation of sexual desire and arousal in women is not well understood**”. (31)

Néanmoins pour le Dr GRAZIOTTIN (2002)

« En synergie avec les œstrogènes, les androgènes contribuent au pic de l'appétit sexuel que disent connaître de nombreuses femmes au moment de l'ovulation, qui augmente les chances de conception, et ils augmentent la capacité olfactive discriminatoire qui les rend plus réceptives aux phéromones de l'homme. Tous ces aspects sont modulés par des facteurs psychosexuels et psychosociaux, mais leur réalité et leur importance ne peut être niée. Les androgènes ont un rôle évident dans la sexualité de la femme pendant l'âge fertile étant donné que ce sont des hormones essentielles, responsables du désir sexuel dans les deux sexes. **La concentration plasmatique en androgènes chez la femme est environ de 10 % de celle des hommes et leur impact sur le fondement biologique de l'intérêt sexuel est plus faible** ». (35)

II – 1 – D : HORMONES ET DESIR SEXUEL

Le Committee 14, citant GRAZIOTTIN, déclare en 2001 : “In short, **hormones are the necessary but not sufficient factors to maintain a satisfying human libido**”. !!

Ce que Helen KAPLAN laissait entendre de façon plus développée

“From the perspective of the clinician, however, sex hormones are important only in their absence. Given a normal reproductive hormone environment and the absence of diseases and drugs that interfere with the functioning of the CNS sex – regulatory structures, **the ebb and flow of our patients' sexual desires are determined solely by their emotional states... and the countersexual effect of disgust and anger or anxiety on the other**”.([1974] p.33) (7)

“It should not be forgotten that adequate levels of the reproductive hormones as well as a functional nervous system and a correct balance of neurotransmitters, remain absolute prerequisites for normal human sexual functioning and desire”. ([1995]p.33) (8)

Aujourd’hui encore la communauté scientifique reste partagée sur une définition précise de niveaux adéquats requis pour un fonctionnement optimal du désir.

Alors qu’en est il vraiment des hormones et du désir sexuel féminin ? Quelques pistes ont été explorées toutefois :

“Androgen and female libido : Androgen, which presumably activates cerebral sex centers, is a prerequisite for libido in women also. Testosterone is a highly effective aphrodisiac for women, probably especially when the androgen-estrogen ratio has been on the low side. The libidinal effects of androgen have been found to be equally influential on the sexual desires of women. **It is clear that testosterone activates the brain to cause erotic desire and motivation**”. (KAPLAN [1974] p.51) (7)

“Four major classes of hormones - the sex hormones - have been implicated in the experience of sexual desire. ...The primary naturally occurring androgens are testosterone, androstenedione, and dehydroepiandrosterone. ...The primary naturally occurring estrogenic hormones are estradiol, estrone, and estriol. Progesterone, like the estrogens, is primarily produced by the ovaries, with lesser amounts manufactured in the adrenal cortex and testes. And finally, prolactin is produced by the pituitary gland in both sexes”.(REGAN Pamela and Al. [2003]) (40)

A ce jour est établi clairement que au moins, 5 types d’hormones sont impliquées dans le désir sexuel féminin :

les androgènes – les oestrogènes – la progestérone – l’ocytocine – la prolactine.

Mais aucune affirmation claire et définitive ne peut être établie sur ce sujet, les protocoles d’études sont encore mal définis et de ce fait les résultats limités quant à leur impact réel.

Pourtant, une fois encore, malgré la diversité des méthodologies et de nombreuses recherches sur le sujet, ces découvertes et données biologiques sont toujours autant tempérées ou complétées par une vision plus globalisante du désir féminin :

« S’il est indéniable que les hormones sexuelles jouent un rôle dans la genèse du désir, leur participation reste modeste et partielle. il existe, en outre une multitude d’autres

paramètres tout aussi importants. **C'est de la résultante de tous ces facteurs très différents que naît ou pas le désir** ». (PARIS Ghislaine [2005] p.92) (18)

"These observations are not meant to suggest that these hormonal influences are the prime determinants of a person's behavior. Clearly, androgen determined behavioral tendencies may be minor compared to the tremendously powerful psychic influences which govern a person's total behavior and feelings. **The psychological state of a person influences his androgen level, which tends to fluctuate rather markedly in response to psychic and sexual stimuli**". (KAPLAN [1995] p.52) (8)

"Women differ in their libidinal responses to these hormonal fluctuations. This is not surprising because female erotic cravings are multidetermined". (KAPLAN [1995] p.54) (8)

« Pour ainsi dire, à partir du moment où l'être humain est en mesure de penser, d'imaginer et de fantasmer, sa sexualité est moins influencée par des pulsions et des hormones que par les symboles ou les significations dont elle est investie (Dorais, 1995). **Avec cette capacité de rêver et de fantasmer, l'être humain échappe à son déterminisme biologique** ». (BOURQUE Elise [1998]) (23)

II – 2 : LES FACTEURS COGNITIFS : EMPREINTES CULTURELLES DU DESIR FEMININ

II – 2 – A : VISION CULTURELLE DU DESIR

Quelques facettes du conditionnement culturel occidental qui traverse et sous – tend nos a - priori concernant le désir :

1 - Le désir naît du manque :

Un thème répété à l'envie dans toute la littérature d'obédience psychanalytique, dont nous ne reprendrons que la version récente présentée comme une évidence non discutable.

« **Une première notion apparaît comme fondamentale : le désir naît d'un manque** ». (PARIS G. [2005] p.67) (18)

2 - Le féminin « faible, passif, soumis au désir »

reste encore une norme prégnante si ce n'est dominante :

« Le féminin est devenu une notion complexe au point de se définir aujourd'hui comme ce qui reste hermétique au viril ». (GRUYER Frédérique [1984] p.13) (4)

Citant FREUD (Trois essais sur la sexualité) « Nous appelons mâle tout ce qui est fort et actif et féminin tout ce qui est faible et passif ». ([1984] p.19) (4)

“Especially for women, desire often manifests itself as receptivity or willingness to be sexually engaged rather than active sexual initiative”. (LEIBLUM & ROSEN [1989]) (10)

3 – Le désir de la femme dépendant du cadre relationnel

Le désir de la femme est étroitement connecté, voire **dépendant du cadre relationnel** dans lequel il peut se partager, et de tous les éléments affectifs (positifs ou négatifs) qu'il contient. **Cadre qui l'autorisera à exprimer ou la contraindra à bloquer ce désir.**

« Selon L. TEIFER (1999) et S. LEIBLUM (1998) les réponses sexuelles féminines ne sont pas équivalentes à celles des hommes : cela méconnaît les composantes principales

de la satisfactions sexuelle de la femme qui sont l'affection, la communication, le respect et la capacité d'être vulnérable ». (BONIERBALE Mireille [2004]).

“The primacy of psychological influences on human sexual desire : ... **to the point where the sexual desires of modern homo sapiens are shaped predominantly by learning, childhood experiences, and the social context in which we mate**”.

“In females, the physical determinants of sexuality seem less pressing than psychic and learned contributions and therefore age erodes females' sexuality far less than males”. (KAPLAN [1995] p.32) (8)

4 - L'absence de désir sexuel serait surtout un problème féminin.

“In general, it appears that the female sexual response is more variable than the male's, presumably because it is far more susceptible to psychological and cultural determinants”.(KAPLAN [1995] p.33) (7)

« La sexualité chez les femmes souffre souvent d'un excès de mentalisation et d'abstraction ».(PARIS Ghislaine [2005] p.39) (18)

« Les femmes méconnaissent les caractéristiques de leur désir, son aspect cyclique, fluctuant, un peu paresseux. Elles attendent trop souvent qu'il surgisse naturellement en s'accrochant à des croyances très discutables telles que : seul le désir spontané est acceptable, aimer un homme et en être aimée suffit obligatoirement à le désirer ». (PARIS Ghislaine [2005] p.14) (18)

5 – L'influence croissante des médias.

“However, **it is possible that sexual discourse as expressed in the current self-help literature and in the media, could produce a paradoxical effect in the sense that sometimes it creates unrealistic expectations and frustration for some of those who cannot achieve the promised results**”. (SALGADO Camila [2003]) (27)

«Les grands magazines féminins offrent aussi une image affirmant la position conflictuelle, obligatoirement conflictuelle, de la femme désirante vis à vis de l'homme. C'est toujours, comment l'amadouer, le domestiquer, que lui dire pour obtenir ceci ou cela, que lui faire, que lui taire... ». (HERIL [2003]) (6)

II – 2 – B : LE CYCLE SEXUEL FEMININ

1 - Le « BASSON 's algorithm »

Rosemary BASSON a permis la réunion d'un Comité International de Consensus afin de travailler à la révision et l'élargissement des définitions des DSF en 1998.

Elle a élaboré dans de nombreux écrits une vision de la réponse sexuelle féminine, aujourd'hui largement considérée comme une référence dans le domaine, qui a évolué à travers trois concepts majeurs :

- de la mise en évidence de l'aspect cyclique fluctuant des différentes phases de ce cycle (2001) :

“Previous definitions of women's sexual dysfunctions unfortunately assumed that the cycle of a woman's sexual response always began with sexual desire, sexual thoughts and fantasies, and that their absence was evidence of a disorder. It is unclear how many of these women are simply reporting low or absent spontaneous desire but **do** experience triggered desire during sex. **The apparent high prevalence of low sex desire in women leads to a questioning of the traditional view of women's sexual response and the nature of their sex desire.** Is the traditional model of sex arousal and potential orgasmic release, initiated by sexual desire (as manifested by sex thinking, fantasizing and conscious sexual neediness), actually true for women ? **Are other cycles of response more common and would their acknowledgement clarify causes of apparent low desire and thereby facilitate management ? ”**

Mme BASSON décrit le cycle sexuel de la femme comme **débutant dans un état**

« neutre », puis par des stimuli et des motivations pour initier ou accepter une activité sexuelle, conduisant à la volonté d'être réceptive aux stimuli sexuels.

Si les conditions sont favorables, une excitation subjective (et génitale) se produit, **le désir apparaît en réponse** et la femme est gratifiée sexuellement et émotionnellement..

Le désir spontané peut intervenir à plusieurs niveaux, sans pour autant être inclus dans la cyclicité, puisque, selon notre auteur, il n'est pas indispensable au fonctionnement sexuel.

- au concept du « désir répondeur » :

Dans la situation d'une relation sexuelle à long terme de nombreuses femmes n'ont pas de désir spontané. **Le récent concept de désir réactif (responsive) a été suggéré comme la description du type le plus commun de problème de désir sexuel féminin et il peut en être perçu comme un variante normale.**

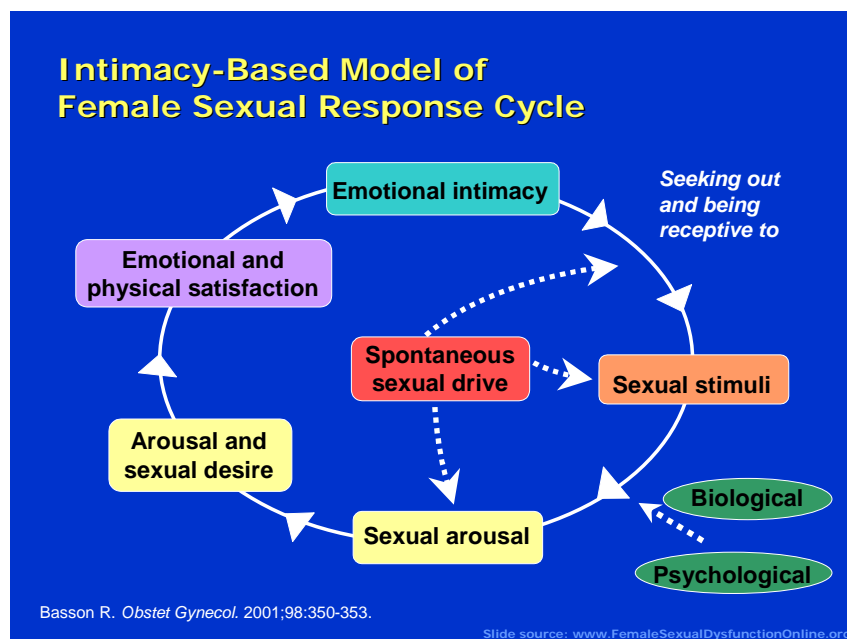
“Although psychological and biological factors may potentially preclude arousal, if arousal is experienced, further arousal follows and in time, in addition to her original intimacy-based motivation, she achieves definite desire in order to continue the experience for the sake of sexual tension and sexual enjoyment. **In this cycle, departing from the traditional one, sexual stimuli are integral ; arousal is experienced before desire and orgasm is not mandatory for a normal or healthy response**”

- au « modèle intimacy based »

Confirmé par S.B. LEVINE: “This model acknowledges that female sexual functioning proceeds in a more complex and circuitous manner than male sexual functioning and that female functioning is dramatically and significantly affected by numerous psychosocial issues (e.g., satisfaction with the relationship, self-image, previous negative sexual experiences)”. [2003] (37)

“At the beginning of a given sexual experience, a woman may well sense no sexual desire per se. Her motivations to be sexual are complex and include increasing

emotional closeness with her partner (emotional intimacy) and often increasing her own well – being and self image (sense of feeling attractive, feminine, appreciated, loved and or desired, or to reduce her feelings of anxiety or guilt about sexual infrequency)”.
[2002]



2 - Les apports complémentaires de Beverly WHIPPLE :

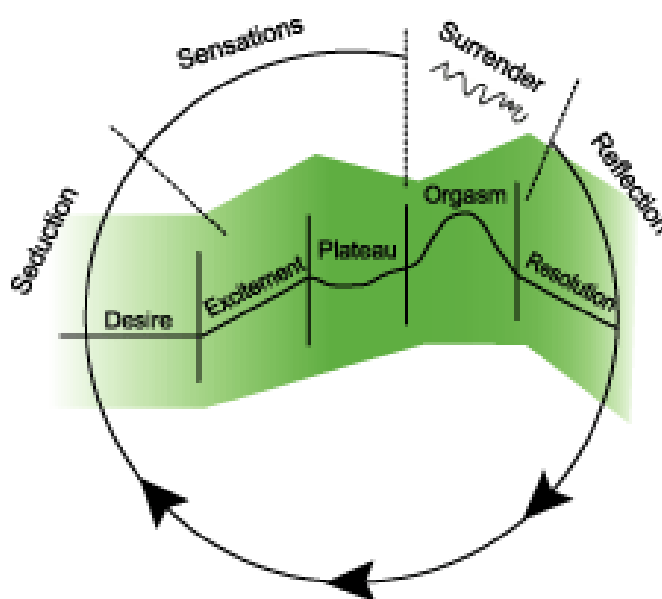
(Vice présidente de la World Association for Sexology (2001-2005).

A son tour, Beverly WHIPPLE rappelle que contrairement au modèle triphasique masculin les femmes peuvent éprouver excitation sexuelle, un orgasme et de la satisfaction sans désir, et elles peuvent ressentir désir, excitation et satisfaction sans orgasme.

Elle insiste à de nombreuses reprises sur l'aspect éminemment variable de l'enchaînement du cycle sexuel féminin : « **Women may move from sexual arousal to orgasm and satisfaction without experiencing sexual desire**, or they can experience desire, arousal, and satisfaction but not orgasm.

In addition, the linear model does not take into account non-biological experiences such as pleasure and satisfaction or place sexuality in the context of the relationship”. [2002] (49)

Le modèle circulaire de la réponse sexuelle féminine de WHIPPLE et BRASH McGEER (1997)



In 1997, dans un chapitre concernant l’approche de l’insatisfaction sexuelle féminine, WHIPPLE et BRASH-McGREER ont élargie le “REED's Erotic Stimulus Pathway” afin de démontrer que si l’expérience sexuelle était agréable et donnait satisfaction, alors elle pouvait conduire à une phase de “séduction” (expression de REED)pour la prochaine expérience sexuelle. En fait, une réponse circulaire, plutôt qu’une réponse linéaire fut proposée pour la sexualité des femmes.

“Women's sexual experiences encompass self-esteem, body image, relationship factors, pleasure, satisfaction, and many other variables. Women do not conform to a linear model that describes only one type of sexual response, and health care providers need to recognize the variety of ways in which women experience sexual pleasure when listening to patients' sexual concerns.

If a woman is sexually satisfied without experiencing every phase of the sexual response cycle, should she be considered as having a sexual dysfunction ?”

(WHIPPLE B. Editorial: Women's sexuality in the 21st century. Med Aspects Hum Sex. 2001;1(4):7-8)

II – 2 – C : LES PROPOSITIONS FEMINISTES

Nathalie TREMBLAY (1995) synthétise de façon claire la vision féministe des difficultés du désir féminin :

« La perspective féministe, lors de l'analyse d'une situation ou d'un fait touchant la femme, tient d'abord compte de l'oppression que vivent les femmes dans la société patriarcale. Elle a donc pour postulat de base que les femmes sont opprimées individuellement et collectivement sur la base de leur identité.

Nous avançons notamment que la sexualisation des différentes parties du corps de la femme, de même que l'objectivation de la femme sont des facteurs particuliers qui, associés de prime abord à la sexualité féminine, contribuent à en orienter l'expression. **Ces deux facteurs se trouvent, par extension, associés au désir sexuel de la femme et participent ainsi à entraver son expression pleine et entière** ». (24)

Il peut être intéressant de se demander, si aujourd'hui, outre l'espoir de profits financiers que suscite la recherche pharmacologique d'une molécule qui « réparerait » le désir de la femme sans plus se questionner à ce sujet, il n'y aurait pas dans l'arrière plan de la démarche, **une tentative plus ou moins conscientisée de la société médicale masculine dominante encore, de continuer à garder un contrôle efficace sur le désir des femmes.**

II – 2 – D : LES FANTASMES

(Ou comme le dit le Dr Sylvain MIMOUN : « les caresses de l'esprit ») (17)

L'imaginaire : le lieu par définition qui garde la trace fécondante et active des normes culturelles en cours.

La sexologie actuelle fait une place de choix au fantasme, sorti du placard de la culpabilité et de la pornographie où il était relégué jusqu'à la récente « libération sexuelle ».

“In other words, it is most important to establish whether patients use their fantasies to enhance their sex life, or if they suppress these out of guilt or shame. This is a critical point of information, **since guilt and shame about sexual fantasies, as well as the suppression of fantasies, are common immediate causes of psychogenic HSD**”.

(KAPLAN [1995] p.99) (8)

“An individual's first or very early sexually arousing experiences may become permanently imprinted on and give shape to his or her lifetime erotic “program” or “love-map”. In terms of learning theory, ... it may be speculated that any and all experiences that are sexually arousing to the child and occur during a critical period of development (possibly between the time the child is old enough to understand mentally what is happening to him or her, but before his/her sexual desires and fantasies have formed) that is, **while these are still in an amorphous or malleable state, may become permanently and indelibly programme into his or her “erotic software”**.

(KAPLAN [1995] p.40) (8)

“As such, fantasies and desire are identical in content, differing only in that fantasy remains in the realm of virtual reality or mental stimulation, while desire is fantasy that may actually be put into practice”.([1995] p.46) (8)

« Pourquoi le domaine du sexuel serait-il si riche en images au point que fantasme est synonyme de fantasme sexuel et populairement d'image sexuelle ?

En Occident, c'est certainement parce que la sexualité est un domaine très peu parlé, du fait des tabous et des interdits. Il est très peu parlé au cours de l'enfance...; au cours de l'adolescence, qui demande des modèles et les recherche en secret ; dans la vie adulte où le sexe est aujourd'hui sur le devant de la scène mais où l'on parle peu des fantasmes personnels. **Alors se développent des images intérieures en fonction des sources**

d'informations que sont les représentations sociales du sexe ». (BRENOT P. [2004])
(32)

« Elles existent toujours, elles sont plus ou moins conscientes, mais toujours nécessaires à la réalisation sexuelle intime à deux niveaux successifs :

1. Sur un plan psychophysiologique : elles sont issues de l'expérience et des modèles de l'apprentissage...
2. Sur un plan psychodynamique, les représentations internes participent à l'énergie libidinale, elles sont souvent le support du désir (fantasme), équilibrant la confiance en soi par le rappel des bonnes représentations.

Ces représentations internes ne peuvent donc s'appuyer que sur les valeurs que permet la société. En cela, les périodes de répression morales ou de plus grande liberté alterneront l'interdit et la permission, et l'accès ou non à des images sociales du sexe ».

(BRENOT P. [2004]) (32)

“In terms of the “dual controls” model of the regulation of sexual motivation, the virtual sexual reality of our fantasies has the same power to incite human sexual desire as the actual perception of a real sexual opportunity has, presumably by activating the sex – regulating apparatus of the brain in a similar manner”. (KAPLAN [1995] p.46)

1 - Fantasme et désir féminin

Pour un grand nombre de chercheurs dans ce domaine, la compétence au fantasme est un indicateur fiable, quasi corollaire de la compétence à manifester du désir sexuel. Et pour ne citer qu'eux,

« Le désir érotique se construit par l'anticipation des sensualités à venir par la remémoration d'expériences érotiques déjà vécues, et les **désirs érotiques sont lacunaires chez les femmes dont l'imaginaire érotique est anémique et cet imaginaire pauvre est aussi un indicateur de troubles du désir ».** (CREPAULT & DESJARDINS (La complémentarité érotique, Ottawa, 1976)

« Les femmes ayant peu d'imaginaire érotique ont peu de désir sexuel. La capacité d'anticiper une relation intime avec le partenaire serait le signe d'une capacité minimale d'activités fantasmatiques». (BOURQUE E [1998]) (23)

“Sexual fantasy is one of the most important areas of inquiry in the evaluation of patients with sexual desire disorders”. (KAPLAN [1995] p.99) (8)

Pourtant BASSON (2005) dans sa remise en question de quelques certitudes sur la sexualité féminine rappelle : **“Moreover, women report that sexual fantasies can be deliberate - a means to stay focused on the sexual stimulus, rather than an indication of sexual desire ».** (30)

Ainsi les femmes seraient capables de fantasmer afin de conserver un intérêt pour la relation sexuelle, sans pour autant éprouver un réel désir.

2 - Fantasme et couple

Dans les dernières définitions du désir hypoactif présenté comme trouble, il semble que le fantasme ou plutôt l'absence de fantasmes sexuels demeure comme un symptôme pathognomonique consensuel de la réalité du trouble. A contrario il semble que le même consensus se fasse sur la présence de fantasmes sexuels comme signe évident de santé sexuelle.

Nul ne conteste l'intérêt des fantasmes dans la relation de couple, mais leur usage volontariste et quasi systématique dans les sexothérapies actuelles, ne fait pas l'unanimité.

Frédérique GRUYER s'élève contre cette pratique clinique inappropriée selon son analyse.

« Enfin la clef de voûte du système sexologique : le fantasme dit érotique, l'auto-érotisme conjugal ne fonctionne que grâce au fantasme. Fantasmez et exprimez vos fantasmes ! C'est le leitmotiv de la sexologie. Le fantasme est l'arme indispensable à la survie des couples en péril. ». [1974] p.88) (4)

Et citant W REICH (1952) « .. Plus le travail des fantasmes est intense pour identifier le partenaire à l'idéal, plus le plaisir sexuel perd en intensité et en valeur sur le plan de l'économie sexuelle ». (4)

« Le fantasme étant produit par l'attachement à l'objet d'amour originel comme le démontrent Reich et Freud, à propos de la masturbation des adolescents, le mode de sexualité narcissique prôné par la sexologie est en fait celui des fixations incestueuses sans remèdes ». ([1974] p.90) (4)

Gérard LELEU à son tour relativise l'usage thérapeutique des fantasmes dans le travail avec les couples :

« Les fantasmes sont faits pour relancer le désir et l'excitation érotique, et par conséquent pour amplifier le plaisir. Ils poussent dans notre jardin secret. Il est préférable de les réserver à notre usage interne et de ne pas les dévoiler ».

« .. Comme si passer à l'acte limitait l'imaginaire : rêver est plus puissant qu'agir, la symbolique est plus efficiente que la réalisation. Enfin, il y a un autre danger à concrétiser ses fantasmes in extenso, c'est d'entrer dans une double escalade : d'une part l'escalade du besoin : à la longue il n'est plus possible de se passer de fantasmes, ... d'autre part, l'escalade du « degré » : il faut pour obtenir l'excitation, des fantasmes de plus en plus forts. (LELEU G. [2001] p.228) (11)

II – 2 – E CONTREPOINT : UN AUTRE CONTEXTE CULTUREL : LE TANTRISME D'INDE

La femme est au centre du Tantra. Elle en est l'alpha et l'oméga. Alain HERIL (2005)

Le désir est en toi comme en toute chose. VIJNANABHAÏRAVA TANTRA

Toi le Désir, qui pourtant libères des liens du désir. MAHANIRVANA TANTRA

Nos à-priori culturels sur le désir sexuel imprimés dans le conscient comme dans l'inconscient nous poussent à croire que la vision que nous portons est la seule juste et vraie. Prendre la mesure d'une autre vision permet de relativiser plus aisément la nôtre

et ses diktats. En matière de désir sexuel cela devrait autoriser un plus grand espace de liberté, dans la pensée tout au moins.

Dans notre cadre de référence occidental, sont rares encore, mais de plus en plus évoquées les références à l'aspect spirituel de la sexualité humaine. **« Travailler avec le désir » au lieu de subir ses aléas pourrait être une autre façon de participer à la construction d'un couple conscient, pour certains de ceux que nous recevons.**

Et d'autant plus utile sur le sujet qui nous préoccupe, le **Tantrisme accorde la place prédominante dans la sexualité à la femme, la féminité, la Femme.**

Frédérique GRUYER en parle avec passion

« Alors qu'en Inde, depuis les temps les plus anciens, l'union de l'homme et de la femme symbolise l'union de toutes les forces, nous n'avons cessé de séparer le spirituel du sexuel, le sexuel de l'amoureux ». ([1974] p.11) (4)

« La conception indienne du corps est bien différente de celle que peut avoir l'Occident. Le corps, étant moins séparé de l'esprit, est traité avec l'attention qu'il mérite, il n'est jamais tenu pour secondaire comme dans la hiérarchie spirituelle occidentale. L'éthique du Tantra est aux antipodes de cette hiérarchie, **puisqu' il s'agit en somme de porter le désir et la jouissance à leur niveau le plus élevé pour accéder à la spiritualité** ». ([1974] p.179) (4)

« La coïncidence entre le désir, l'être et le sacré se découvrent au delà de la psychanalyse. Pratique de l'éveil, d'abord par prise de conscience du ressenti et de toutes les sensorialités, le tantrisme ne vise pas à changer la condition du sujet, mais à l'aider à reconnaître ce qu'il est de toute éternité. Il n'y a rien à transformer, il suffit de se laisser être ». ([1974] p.184) (4)

Auquel fait écho Alain HERIL avec la même passion :

« **La femme situe son désir dans l'espace, dans ce qu'il y a entre.** Entre les êtres, entre les choses, entre les désirs. Et cette construction particulière faite d'émotions, de rires, de chants, crée un lien, relie les opposés. C'est bien le sens premier du mot religion : relier. C'est pour cela que la sexualité féminine a à voir avec le sacré. **C'est**

une sexualité qui, au-delà de la génitalité, cherche à tutoyer le monde invisible. C'est une sexualité spirituelle ». ([2003] p.199) (6)

Relayé par Catherine WEISSBRODT-DELORME, psychothérapeute (<http://www.etre-soi.com>)

« **Le Tantra utilise l'énergie du désir en toute conscience.** Le désir est notre créativité, il nous motive, nous pousse à être vivant lorsqu'il est utilisé pour soi-même. Lorsqu'il est projeté sur l'autre, l'autre devient un objet sur lequel nous fixons des attentes. Ne pouvant y répondre, il nous met face à notre incomplétude ».

Daniel ODIER encore « **La sexualité du pratiquant tantrique, c'est le rapport de toute la sensorialité avec le monde.** C'est le frémissement qui naît lorsque le désir se satisfait de sa propre incandescence en ayant abandonné toute idée d'atteindre un être ou un objet. Il y a alors complétude. ... **C'est un jeu passionné sur un terrain accidenté où l'aspirant touche aux limites de son abandon, au surgissement de la pensée, au blocage de la spontanéité, au manque de confiance qu'il peut avoir quant à la sagesse de son propre corps** ». (Tantra, l'initiation d'un Occidental à l'amour absolu - JC Lattès, 1996)

pour trouver avec Alain HERIL des pistes de travail thérapeutiques que nous aurons l'occasion d'approfondir au chapitre suivant.

« **Le Tantra, en fait, propose un changement des valeurs, un regard sur le monde empreint d'émotion, de grâce et de lenteur. Car, et c'est en cela aussi qu'il est féminin, le Tantra est le lieu du ralentissement.** Ralentissement des regards, des souffles, attention portée à l'autre, entrée dans un espace-temps où les registres de performance (entraînant une certaine « vitesse d'exécution ») n'ont plus cours ». ([2003] p.206) (6)

« Ne plus vouloir, mais être le vouloir. Ne plus désirer mais être le désir. Le Tantra cherche à faire correspondre l'être et l'acte afin qu'il n'y ait plus de vouloir, de contraires, juste l'être inscrit dans l'instant ». ([2003] p.241) (6)

II – 3 : PLACE DU DESIR FEMININ DANS LE COUPLE

“The source of desire is not an anatomical body but a body constructed in the whole of the discourses and their intersubjective practices”.(SALGADO C.[2003]) (27)

« Pour donner une première idée du plus commun différend entre les sexes, on pourrait dire que le clivage de la pulsion a pour conséquence chez la femme, l’inhibition du désir, chez l’homme, la dissociation entre le désir et l’amour. »(GRUYER F.[2000] p.51) (5)

II – 3 – A : DESIR FEMININ V/ DESIR MASCULIN

1- Les différences biologiques :

”The most intellectually challenging variable : Gender

I assume there is one basic organizing biological difference between men and women’s desire. It is that males, on average of course, have more sexual drive from puberty on. Male drive, motivation, and wish for sex lasts longer in the life cycle and is far more reliably present and intense. Female sexual drive, being weaker, is more easily ignored by women and eradicated by social circumstances”.(LEVINE [2003]) (38)

“The libido of women of all ages and that of older men is more likely to be lesss urgent, and is typically associated with a lower frequency of sexual activity and a more reactive pattern of sexual behavior”.(KAPLAN [1995] p.53) (8)

« Le vagin est fermé, invisible ; il doit s’ouvrir et c’est un acte volontaire qui le fait s’ouvrir. Le pénis, lui, ne requiert aucun acte volontaire. L’érection est involontaire. Se livrer équivaut à vouloir, mais, pour un homme, avoir une érection, désirer, ne signifie

pas vouloir. On dit que la femme se « donne ». Mais physiquement, c'est le vagin qui prend... »

2 - Le vécu de la temporalité :

Dans la vie en général

«La structure temporelle est différente pour les deux sexes. Les femmes ont une préférence marquée pour le continu et les hommes une préférence non moins marquée pour le discontinu. Cette situation de continu-discontinu est l'axe porteur de la différence féminin-masculin » (ALBERONI [1987] p.25)

« Avant, elle aimait, elle éprouvait de la tendresse, du désir, de l'amitié, de l'admiration. Un refus intervient, et elle ne sait plus où elle en est. Parce qu'elles sont indifférenciées, toutes ses émotions s'effondrent. La discontinuité se présente chez elle comme tout ou rien ». (ALBERONI [1987] p.27)

« Ce qui, pour l'homme, se réalise dans l'émerveillement de la rencontre, est recherché par la femme dans le prolongement de cette rencontre, dans la durée érotique sans temps mort, dans l'érotisation de la continuité temporelle ». (ALBERONI [1987] p.45) (1)

Dans la rencontre sexuelle

« En général pour la femme, le passage d'un état de calme à une forte excitation sexuelle demande beaucoup de temps. A l'inverse, chez les hommes, cette mutation est beaucoup plus rapide ». (PARIS G [2005] p.37) (18)

« Le sexuel est souvent assimilé au coït, ce qui ajoute à la confusion. Pour désirer l'acte lui-même, il faut être parvenu à un certain degré d'excitation sexuelle. Cette montée est très lente chez les femmes. Elle est beaucoup plus rapide chez leur compagnon. .. chez elle, le désir monte graduellement. Il faut souvent un certain temps avant qu'il provoque une excitation sexuelle suffisante pour qu'elles aient envie de faire l'amour ». (PARIS G [2005] p.207) (18)

3 - Pour Elle le désir est relié aux émotions partagées et à la tendresse :

« Pour la femme, les différents états affectifs sont moins séparés que chez l'homme. Pour elle, la tendresse et la douceur sont limitrophes de l'érotisme et finissent par s'y intégrer harmonieusement ». (ALBERONI [1987] p.26) (1)

« Le désir entretient des liens étroits avec l'environnement émotionnel et relationnel. Plus que les hommes, les femmes ont besoin de se sentir aimées pour exprimer leur sexualité. Ces affects, même s'ils sont à différencier du sexuel proprement dit, sont très favorables à l'émergence du désir... l'existence de l'affectif leur permet de faire une place au désir, de créer un lien entre le mental et le corporel et d'accepter l'expression physique de la sexualité». (PARIS G. [2005] p.237) (18)

« La participation du psychisme – affectivité, fantasmes- au cours de l'activité sexuelle est réduite chez l'homme, alors que chez la femme l'émotion, le sentiment, le rêve occupent une part majeure dans l'épanouissement de l'éroticité. La femme désire que son partenaire prenne davantage en considération ses aspirations, sa sensibilité, son imaginaire. Elle souhaite que son compagnon lui parle, l'écoute, la comprenne, la choie, la fasse rêver, ensemece ses fantasmes. Que la relation sexuelle devienne une intime communication et un facteur d'épanouissement et d'équilibre pour chacun ». (LELEU Gérard [2001] p.151) (11)

« Une étude de TRUDEL, MARCHAND, RAVART, AUBIN, TURGEON & FORTIER (2001) visant à évaluer et traiter le désir sexuel hypoactif chez les femmes ressortait des résultats très intéressants concernant les cognitions reliées avec un trouble du désir sexuel hypoactif. Celles-ci parlent de leur anxiété anticipée face aux relations sexuelles et face aux réactions négatives du partenaire, de leur peur de s'abandonner sexuellement, de l'absence de communication émotionnelle et sexuelle, de leur manque de plaisir sexuel et de satisfaction, des fréquents sentiments de culpabilité et de honte ressentis ainsi que des attitudes sexuelles négatives reliées aux messages parentaux et religieux antisexuels». (THIVIERGE M.J.[2005]) (22)

4 - Pour Elle : le désir comme métaphore corporelle de la relation :

“Regan and Berscheid (1994) asked young adult men and women to answer this question : “what is sexual desire ?” Their results indicated that **women more than men viewed sexual desire as a need or desire for love, emotional intimacy or romance, whereas men more than women defined sexual desire as a need or desire for sexual activity.**

These results correspond to previous research that demonstrates that women are more likely than men to associate sexual phenomena with feelings of romantic love, emotional intimacy, and commitment”. (REGAN [1995]) (42)

“I found that some of these women, **when they no longer experienced the intense emotions and physical reactions associated with being in love during the first stage of the relationship, came to the conclusion that they had stopped loving their partner.** The women conceived sexuality within a romantic context and in the daily couple life it had lost its meaning. It was very difficult for them to imagine that without feeling all the emotional and physical reactions that come with infatuation they could experience, in the context of companionate love, sexual pleasure without so many romantic pre- requisites”. (SOLGADO [2003]) (27)

5 - L'éducation sexuelle des femmes :

« Les femmes ne se connaissent pas. Elles sont trop à distance de leur corps, de leur sexualité. Elles restent passivement à attendre que tout leur soit révélé. Paradoxalement, elles pensent que cela viendra d'un homme, alors que lui, et pour cause, n'y comprend pas grand chose. .. cette position passive rejoint l'idée d'un infantilisme ou d'une immaturité dans laquelle les femmes ont été trop longtemps maintenues ». (PARIS G. [2005] p.14)

« Une autre forme d'immaturité est illustrée par le mythe de « la Belle au bois dormant ». Le prince réveille la princesse avec un baiser. C'est à lui que revient toute la responsabilité du succès, à lui seul de fournir les efforts pour y parvenir.... **De même**

beaucoup de femmes pensent que leur désir sexuel doit être révélé magiquement pour pouvoir s'exprimer ». (PARIS G. [2005] p.82) (18)

« La capacité d'anticiper positivement une approche sexuelle dépend de la façon dont elle est exprimée. **La femme interprète souvent toute approche du partenaire comme une demande de relation coïtale et l'anticipation négative prend alors le dessus** (TRAVIS et TRAVIS [1986]. Ainsi, une approche trop directe qui donne à la femme l'impression d'être coincée ou d'être mise dans une situation d'où elle ne peut sortir. **La rapidité avec laquelle l'homme réagit à une réponse positive peut laisser à la femme peu de possibilité d'anticipation, et lui donne peu de chance de prendre du recul face à une proposition sexuelle** ». (BONIERBALE Mireille [2005])

6 - Les a-priori communs :

Quelques uns de ceux qui ne faciliteront pas l'émergence du désir chez Elle.

- Les hommes ont toujours plus de désir sexuel que les femmes

“The notion that men have stronger and more frequent sexual desires than women has been a pervasive theme in contemporary Western culture and some research has suggested that gender differences do exist with respect of perceptions of the sexual desire of others.” (REGAN [2000] p.53) (42)

- Disparition du désir = disparition de l'amour (et son corollaire fréquent : apparition du désir = amour naissant)

“Many individuals believe that sexual desire and sexual activity play different roles in love relationships. They appear to believe that different sexual responses (e.g; , desire, activity, arousal) play particular roles in these interpersonal events and experiences. For example, both men and women clearly associate sexual desire - the subjective, motivational component of sexuality - with passionate love ...and conclude that dating partners who do not desire each other sexually are not in love”.(REGAN [2000] p.51)

“A corollary assumption was that sexual desire would not be associated in any significant manner with feelings of companionate love or liking. In addition, sexual desire and sexual activity may have different implications for relationship quality. For example, **clinical studies and case reports suggest that marital partners often use sexual desire as an indicant of overall relationship adjustment ; specifically, a marked decrease or absence of sexual desire experienced by one or both members of a couple increasingly appears to be interpreted as a “problem” that requires correction, usually through some form of therapeutic intervention**”. (REGAN[2000] p.56) (42)

- **désir absent = séparation du couple**

‘The higher the amount of desire men and women felt for their partners, the less frequently did they think about leaving the relationship and consider beginning a relationship with a new partner’. (REGAN[2000] p.56) (42)

II – 3 – B : LE TEMPS DU COUPLE

La fréquence du désir sexuel et de l'activité sexuelle deviennent tous deux à la fois un miroir et une manifestation de l'intimité dans la relation. Sandra R. LEIBLUM, R.C. ROSEN - Principles and Practice of Sex Therapy. New York, Guilford Press(1989)

Comment se vit le désir sexuel dans la durée de la relation pour les deux partenaires ?

Il a d’abord fallu que la science sexologique avance, avant de percevoir l’influence du contexte conjugal sur les aléas du désir.

« Les facteurs organiques furent les premiers à être identifiés. On a observé que la testostérone et la FSH-LH avaient une influence sur le désir sexuel. Les facteurs psychologiques se sont ajoutés aux facteurs déjà identifiés. On avait constaté que le stress, la dépression et les traumatismes infantiles pouvaient influencer le désir sexuel. Le facteur relationnel est le dernier facteur venu compléter les connaissances existant sur le désir sexuel. **En effet, on a découvert que les facteurs relationnels tels que la haine du partenaire et/ou la peur de l'intimité avaient aussi des effets sur le désir sexuel** » (TREMBLAY N. [1995]) (24)

A partir de toutes les différences entre les vécus masculins et féminins répertoriées au paragraphe précédent, il est aisé de comprendre que les inadéquations des désirs et les décalages vont être fréquents dans le cours de la relation. Ces décalages qui donneront souvent lieu à des conflits : ponctuels et réglés rapidement dans certains couples ou plus souvent chroniques, entretenus et fondateurs de scénarios destructeurs du lien dans les couples que nous recevons. Ceci en fonction des interprétations que chacun pourra donner. Celui qui est “refusé”, (c’est le plus souvent l’homme) qui prend le risque de la demande et donc celui du refus, en est fragilisé, voire agressé, par ce qu’il ressent parfois comme “une attaque personnelle”. Et celle qui refuse se culpabilise souvent, manipule plus ou moins consciemment la situation pour faire porter la “faute” à Monsieur, ou parfois à l’inverse vole au secours d’une “virilité défaillante” en endossant “la faute”.

“However, the inherent susceptibility of human sexual desire to negative psychological influences also has a downside in that this is the key factor in the malfunctioning of the sex-regulatory mechanism, that is to say, in the pathogenesis of disorders of sexual desire. **Alternatively, both partners’ sex drives may be within normal limits but at opposite ends of the range, and the couple’s distress is due to a discrepancy in their sexual needs**”. (KAPLAN [1995] p.33) (8)

“For example, discrepant beliefs between men and women about the antecedents of sexual desire are likely to produce misunderstandings in sexual communication, which in turn may lead to interactional tension or awkwardness between partners. Such discrepancies might also affect the dynamics of sexual negotiation, including the failed

communications that sometimes result in sexual harassment and date rape. Research does indicate that men who misjudge their partners' level of sexual desire sometimes persist in their attempts to initiate sexual intercourse and may engage in increasingly aggressive and forceful behavior". (REGAN [1996]) (44)

Inadéquation fréquente aussi dans la place allouée à la sexualité au sein de l'espace conjugal.

« (après le mariage) ce qui frappe immédiatement, c'est la place très différente que tient la sexualité dans les deux sexes. Gardant toute son importance chez l'homme, elle passe complètement à la trappe chez les femmes. L'absence de désir chez l'homme menace sa virilité alors que chez sa compagne, être respectable ne nécessite pas d'avoir une vie sexuelle intense, c'est même plutôt le contraire ». (PARIS G. [2005]p.86) (18)

De ces différences de croyances, opinions, conditionnements et réalités biologiques vont naître les malentendus qui feront le lit d'un grand nombre des difficultés du désir chez les femmes.

II - 4 : LE DESIR HYPOACTIF FEMININ ET LE COUPLE

Desire thus serves as an important, perhaps the most important , sexual index of relationship quality. Pamela C. REGAN - The role of sexual desire and sexual activity in dating relationships(2000)
Moreover, our interest in sex is greatly influenced by our emotional states and by the quality of our relationship with our partners, so that the slightest sign of rejection from a lover can completely “turn off” or override a sensitive person’s sexual desire, even if the partner happens to be extremely attractive.

Helen SINGER KAPLAN - Sexual Desire Disorders(1995)

Dans le contexte du délicat ajustement des différences de désir et de leurs mouvements au quotidien, se manifeste de plus la fréquente indigence de la communication du couple sur sa sexualité, communication encore empreinte de tant de tabous ou de désinformation, associée au poids supplémentaire contemporain de l'obligation de « réussir » sa vie sexuelle.

Avec pour conséquences l'accroissement des demandes d'aide autour d'un désir sexuel féminin supposé « hypoactif ». Hypoactif en référence à une norme faite d'a-priori masculins, de statistiques et de préjugés importés du modèle économique à base de quantification : la culture du « toujours plus », du droit aux « rapports » sexuels et à l'orgasme devenu des dus par contrat de vie commune, et d'objectifs/résultats à atteindre dans la vie sexuelle.

II – 4 – A : LE SILENCE DU DESIR : UNE MALADIE ?

“Many people explain their decrement in desire by invoking partner familiarity, alienation, or preoccupation with nonsexual matters. These are powerful considerations, but so is the biological weakening of sexual inclination. **But, of course, in any individual’s life the more powerful cause may be interpersonal or psychological.**”

Efforts failed to elucidate a single pathogenesis of Hypoactive Sexual Desire Disorder. This disorder is obviously a mixture of richly varied patterns involving biological, psychological, and cultural factors”. (LEVINE [2003]) (38)

Pourtant le DSH, en tant que trouble, est toujours dûment répertorié dans le manuel international de référence des maladies mentales.

Voici les éléments principaux de ces définitions.

1 - Définitions et classifications classiques :

LE DSM – IV – R (APA 1994) : 302 . 71

L’Inhibition du Désir Sexuel (IDS) a été reconnue comme dysfonction sexuelle dans le DSM-III en 1980.

Le DSM IV ensuite a défini initialement le manque de désir sexuel ou Désir Sexuel Hypoactif comme une absence (défiance) persistante ou répétitive de fantasmes sexuelles (imaginaire érotique) et de désir pour le sexe.

Ce trouble pouvant être la cause d’une détresse importante personnelle ou interpersonnelle et n’étant pas mieux expliqué par un autre désordre de l’Axe 1 ou un effet direct de substances ou de conditions générales médicales.

Ce trouble peut être primaire ou acquis et généralisé ou situationnel.

Il est différent de l’aversion sexuelle : 302 . 79

La définition est descriptive et fait partie de l’Axe 1 des « troubles cliniques ».

« Le sous type concernant les facteurs étiologiques réintroduit la subjectivité de l’évaluateur et donc son habileté diagnostique selon sa formation et son orientation théorique à sélectionner des événements précipitants d’ordre plutôt psychosociaux ou biologiques ». (BONIERBALE [2005])

« Cette définition présume qu’il y a une pulsion spontanée à avoir un rapport sexuel ou que les femmes entreprennent une action à cette fin en pensant ou voyant un partenaire sexuel ». (KAPLAN [1979]).

Le CIM – 10 (WORLD HEALTH ORGANIZATION’S ICD – 10 ,1992) : F 52 . 0

L’absence ou perte de désir est définie comme “Les différentes façons par lesquelles un individu est incapable de participer à une relation sexuelle comme il ou elle pourrait le souhaiter “.

La dysfonction doit persister depuis au moins 6 mois.

Les autres critères sont identiques au DSM IV.

Différent de l’aversion sexuelle : F 52.1

« Le critère de DS du CIM 10 « incapacité de participer à un rapport comme on le souhaiterait » est plus évasif et sujet à critique dans le champ d’un trouble nécessitant une aide médicale (qui à une valeur thérapeutique et non de confort) qu’il faut savoir évaluer, pour savoir si on se situe dans une thérapie de développement ou de convenance personnelle ou curative dans le cadre d’une souffrance personnelle ». (BONIERBALE [2005])

2 - D’autres propositions :

Apportent depuis des nuances aux définitions classiques quelque peu évasives ou sujettes à caution.

Le point de départ de toutes ces « ajouts et controverses » s’appuie sur le DSM dans ses différentes versions. Il est intéressant de prendre un peu recul pour faire le point sur l’apport de ces améliorations, à la clinique et à la recherche, et de comprendre aussi quels sont les éléments qui suscitent encore les critiques des classifications de base. Des critiques qui adressent en particulier une vision de la sexualité féminine dont l’objet final serait principalement du marketing pharmaceutique.

Une revue des principales propositions.

KAPLAN établit une échelle de graduation dans la sévérité de l’absence de désir :

“- Low normal sexual desire : no spontaneous sexual desire or fantasy ; reactive sexual behaviour, normal sexual functioning, average or low frequency

- Mild hypoactive sexual desire : no spontaneous sexual desire or fantasy ; sexual avoidance, poor sexual functioning ; low frequency, distress
- Severe hypoactive sexual desire : no spontaneous sexual desire or fantasy ; poor sexual functioning ; sexual avoidance, very low frequency or celibacy, distress
- Sexual aversion disorder : active aversion to and/or phobic avoidance of sex ; very low frequency or celibacy, distress". ((1995] p.58) (8)

BASSON (2001) : à son tour propose plusieurs degrés dans le trouble (Trad. Thérèse CHALARD [2005])

- Type 1 : Trouble du désir, généralisé (le désir ne survient jamais même en réponse à une stimulation appropriée).
- Type 2 : Présence de pensées sexuelles et de fantasmes ainsi que d'un désir répondeur (par exemple à des stimuli visuel verbaux, écrits) : mais la motivation pour être sexuellement active est absente. (Par exemple, intimité émotionnelle insuffisante, expériences sexuelles passées négatives, situation pas assez sûre, trouble de l'excitation associée à une dysfonction sexuelle du partenaire).
- Type 3 : Fantasmes et pensées sexuelles spontanées très minimes, désir répondeur présent, mais la motivation pour être sexuellement active est absente.
- Type 4 : Fantasmes et pensées sexuelles spontanées intactes, mais impossibilité de répondre à quelque stimulation sexuelles (de la part du partenaire ou d'une autre source) et pas de motivation pour être sexuellement active. (21)

LE CONSENSUS AFUD

En 1998 un premier Consensus Multidisciplinaire lors de l'AFUD (American Foundation for Urologic Disease) met en place un système de classification traitant les difficultés sexuelles féminines. D'approche interdisciplinaire, 5 pays participent à partir de la base de classification et de diagnostic de la CIM 10 et du DSM IV.

Dans le cadre des troubles du désir, voici les changements qui ont été faits : **un élargissement du concept de désir hypoactif pour y inclure le manque de réceptivité à l'activité sexuelle**, et le manque ou déficience persistante d'acceptation de

marqueurs du désir reconnus comme des pensées ou fantasmes sexuelles. **Le critère de détresse personnelle y est souligné.**

Ce qui est plutôt nouveau est le terme de persistance du manque de désir entraînant une détresse personnelle. Ceci ne s'applique pas aux femmes qui manquent de désir seulement dans quelques circonstances comme les périodes de conflits conjugaux, ou à certains moments comme dans la période prémenstruelle. De même, si le désir est plus bas de manière persistante que celui du partenaire ou de femmes de la même classe d'âge et statut socioéconomique, la définition de trouble du désir ne s'applique pas en l'absence de détresse personnelle.

« En somme l'acquisition de ce consensus a été de récupérer le concept de l'importance de la détresse personnelle dans le diagnostic de trouble ce qui limite une application trop personnelle du thérapeute et les possibles demandes de normalité.

Cette « nouvelle » classification se donne comme différence par rapport aux DSM de pouvoir s'appliquer à toutes les difficultés sexuelles quelle qu'en soit l'étiologie, et de plus insister sur l'absence de pathologie qu'un trouble peut représenter quand il n'est qu'une variation en réponse à des circonstances de vie ou d'âge ».

(BONIERBALE M. [2005])

LE CONGRES ISSWSH (International Society for the Study of Women's Sexual Health) (2003)

Les mêmes classifications y sont retravaillées. Ce qui donne la définition suivante :

Troubles du désir ou de l'intérêt sexuel : Absence ou diminution de l'intérêt sexuel ou du désir sexuel, absence de pensées sexuelles ou de fantasmes. Les motivations pour essayer d'avoir une sensation érogène sont peu importantes ou absentes.

GRAZIOTTIN (2004 lors du 11ème congrès de l'ISSIR - International Society for Impotence and Sexual Research)

“With an appropriate clinical approach, 3 basic situations may be defined :

- the woman reports low physical drive but high/normal motivation, because she loves her partner : sexual asthenia is likely : a biological etiology is to be investigated.

- she reports average sexual drive but no motivation to have sex with the current partner : sexual disaffection is likely and relational issues should be investigated and treated.

- she reports no physical drive nor motivation to sex : sexual anergia is likely and depression is the first cause to be investigated”.

Leonore TIEFER et la « NEW VIEW » (WORKING GROUP on a NEW VIEW OF WOMEN’ S SEXUAL PROBLEMS , groupe de cliniciennes, professeures, et chercheures américaines et canadiennes)

« La Dysfonction sexuelle féminine est une création de l’industrie pharmaceutique »
(46)

et lors de la discussion de la 2^{ème} Conférence des Dysfonctions Sexuelles de Juin 2004
« Je sais bien que les femmes ont des problèmes sexuels, mais je veux souligner aussi que les termes de dysfonction sexuelle féminine (DSF) en terme de : désir, excitation, orgasme, douleur, sont des étiquettes polyvalentes et désincarnées créées par l’industrie pharmaceutique.. » (15)

Cet article, souligne les limites de la classification actuelle des problèmes sexuels féminins, et propose une alternative. **Cette “Nouvelle Vision” tient compte de la diversité psychologique, relationnelle, sociale, culturelle, politique et économique des femmes et de l’importance de son impact sur leur vécu et leur réalité sexuelle.**
Dans la pratique, la rencontre clinique commence toujours par une description de la femme elle même sur son problème sexuel et son contexte de vie, plutôt qu’en recourant immédiatement à des références théoriques présumés universelles.

Ce groupe a porté dès 2001 un regard critique sur la surmédicalisation de la sexualité des femmes par les urologues et l’industrie pharmaceutique. Cette tendance à la surmédicalisation des problèmes sexuels est liée pour elles directement à la classification inadaptée du DSM IV dans le domaine de la sexualité.

Les points contestés sont les suivants :

- Idée erronée d'une équivalence sexuelle entre les hommes et les femmes

« Très peu de chercheurs ont demandé aux femmes de décrire leur propre expérience. Les recherches qui ont opté pour cette approche ont constaté d'importantes différences entre les femmes et les hommes.

De plus, l'insistance à faire des similitudes génitales et physiologiques entre les sexes ne tient pas compte de l'impact des inégalités reliées au sexe, à la classe sociale, à l'ethnie, à l'orientation sexuelle, etc. Le contexte social, politique et économique, comprenant aussi la violence sexuelle, impose des contraintes diminuant l'accessibilité des femmes du monde entier à la santé sexuelle, au plaisir et à la satisfaction. Ces contraintes peuvent également empêcher la réponse sexuelle ». (36)

- Absence de contexte relationnel de la sexualité

« **L'approche du DSM passe sous silence les aspects relationnels de la sexualité des femmes, alors qu'on sait que la relation est souvent à l'origine de la satisfaction ou du problème sexuel.** La vision du DSM qui réduit le “fonctionnement sexuel normal” à des critères physiologiques implique incorrectement que les difficultés génitales et physiques peuvent être mesurées et traitées sans égard à la relation à l'intérieur de laquelle la sexualité est vécue ». (36)

- Nivellement des différences entre les femmes

« Toutes les femmes ne sont pas pareilles ; leurs besoins sexuels, leur satisfaction et leurs problèmes ne se catégorisent pas nécessairement en désir, excitation, orgasme ou douleur. Les femmes diffèrent au niveau de leurs valeurs, de leur approche de la sexualité, de leur origine sociale et culturelle et de leur situation courante. On ne peut pas aplanir ces différences pour s'adapter à une conception générique de “dysfonction”, ni à un traitement de type “taille unique, unisexe” ». (36)

A partir de ces contestations il a été proposé une nouvelle classification **des problèmes sexuels des femmes**.

« **Les problèmes sexuels sont un mécontentement ou une insatisfaction affective, physique ou relationnelle de l'expérience sexuelle.** Ces problèmes peuvent survenir

lorsque un ou plusieurs des aspects suivants, interreliés à la vie sexuelle des femmes, sont en cause :

Problèmes sexuels liés à des facteurs socioculturels, politiques ou économiques

Problèmes sexuels liés au partenaire et à la relation

Problèmes sexuels liés aux facteurs psychologiques

Problèmes sexuels causés par des facteurs médicaux » . HICKS Karen M.[2005]) (36)

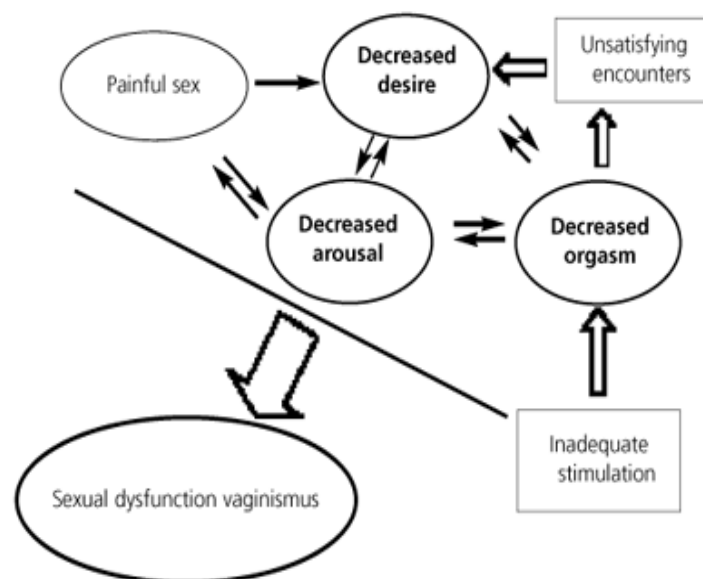
3 - L'interrelation des troubles sexuels entre eux :

Il a par ailleurs été reconnu par de nombreux sexologues dans ce domaine que les troubles sexuels ne sont pas des catégories fermées et que, concernant les femmes, un trouble prévalent peut aisément conduire à ou cacher un autre trouble.

KAPLAN fut la première à concevoir qu'à partir du trouble du désir une enchaînement négatif sur toutes les autres phases de la réponse sexuelle était susceptible de se mettre en place.

“From a clinical perspective, what is most important about the dynamic relationship between sexual desire and genital functioning is **that the genital phases of the sexual response cycle and sexual motivation also appear to exert considerable reciprocal psychophysiological effects upon each other.** More specifically, functional “feed back loops” exist between erotic desire and the genitalia that produce positive or negative sensory input that increases or decreases the magnitude of the response of the other phases”. ([1995] p.110) (8)

Comme décrit dans ce schéma par le Dr Nancy A. PHILLIPS **qui rappelle à quel point il est nécessaire d'approfondir l'anamnèse auprès de la femme et du couple si possible** : le problème de désir pouvant être l'avant – scène d'une autre difficulté sexuelle, ou pouvant se cacher derrière la difficulté présentée dans la plainte initiale.



Cycle of sexual dysfunction : “Example showing how a patient can enter the cycle of sexual dysfunction in one area and proceed to another area so that the presenting complaint may not represent the problem that actually requires evaluation and treatment. The presence of more than one dysfunction should be ascertained, because considerable interdependence may exist”. (PHILLIPS N. [1998]) (40)

4- Un nombre croissant de femmes « avec troubles du désir » :

De plus, de grands noms continuent de s'élever contre la “fascination” qu'exerce les chiffres des statistiques dans le domaine des troubles sexuels, qui portent à des conclusions hâtives qui pourraient bien être erronées et surtout inutilisables dans la pratique. A tel point que cela a amené bon nombre de spécialistes à s'inquiéter du mauvais usage de ces chiffres, au premier rang desquels le Dr John BANCROFT directeur du Kinsey Institute :

« Il voit en effet l'inhibition du désir sexuel comme une réponse “fonctionnelle et saine” face à des problèmes comme le stress ou la fatigue. Créer les TSF (Troubles Sexuels Féminins) en lieu et place de “difficultés”sexuelles, c'est s'exposer à deux dangers. D'abord encourager les médecins à prescrire plutôt que de s'inquiéter des autres aspects de la vie de leur patiente. Ensuite, parce qu'il est “probable que cela va

faire penser aux femmes qu'elles ont un dysfonctionnement alors qu'il n'en est rien". (Cité par M .BONIERBALE - Désir et désir sexuel en lecture psychanalytique [2005])

Et poursuit de son côté le Dr Sandra LEIBLUM

« Ce chiffre de 43 % a contribué à la surmédicalisation de la sexualité de la femme, un domaine où les changements dans le désir sexuel sont la norme . Non pas que tous les problèmes ne méritent une approche médicale – ce serait le cas du manque de lubrification ou de la douleur – mais s'aventurer à y mettre tous les problèmes que peut rencontrer une femme au cours de sa vie sexuelle ne saurait leur rendre réellement service. » (Cité par M .BONIERBALE . Désir et désir sexuel en lecture psychanalytique [2005])

II – 4 – B : LE SILENCE DU DESIR : QUE VIVENT LES FEMMES ?

Frédérique GRUYER parle à propos de ce silence « ..du symptôme principal de la sexualité féminine « une sorte de mutisme, de stupeur du désir » . ([1974]p.72) (4)

Ainsi que les chercheuses et cliniciennes qui d'une même voix disent :

« La sexualité féminine est complexe, multifactorielle, beaucoup moins « biologique » que celle des hommes. **En réalité, tout est fonction de la signification que la femme donne à tel élément ou telle situation, du sens que cela a dans sa vie à elle, pour elle, selon son vécu et ses grilles de lecture du monde.** »

« **Les facteurs relationnels sont cruciaux** : la qualité relationnelle, les interactions affectives, la sécurité émotionnelle, l'intimité, l'affection, la confiance, le respect mutuel, les sentiments partagés, la communication en général et sur les questions sexuelles en particulier, l'aisance de la femme avec le corps de l'autre, la peur de perdre le partenaire, le stade de la relation, les conflits même non sexuels, la distribution du pouvoir dans le couple, les abus affectifs, les maltraitances, le fait que la femme se sente utilisée, désirée, les interactions à un niveau symbolique, le mode d'approche sexuelle

employé par le partenaire, la façon dont il se comporte au quotidien qui témoigne en partie de l'image qu'il a de sa partenaire, voire des rôles sociaux des genres...

On sait aujourd'hui combien le psychisme intervient sur le corps, combien les cognitions retentissent sur les émotions, et c'est particulièrement vrai pour la sexualité. C'est ce qui fait la grande complexité de la sexualité féminine. Or, comment évaluer véritablement tous ces paramètres ? Ils sont essentiels pourtant dans le vécu sexuel des femmes et la compréhension de leur fonctionnement. Et la réponse adaptée aux plaintes des femmes à propos de leur sexualité ne pourra pas en faire l'économie. » (CHALARD T. [2005]) (21)

Et de toutes ces voix synthétisées dans cet extrait ci – dessus, ressort avec une évidence à présent non- discutable, que sexualité féminine et donc désir féminin, sont intimement reliés au contexte dans lequel ils peuvent ou non se manifester.

Contexte caractérisé par plusieurs variables qui vont plus particulièrement affecter dans le sens positif ou négatif l'émergence du désir.

1 - Un statut / un contexte / une relation à la sexualité connotés socialement :

« Situer le problème du manque de désir sexuel des femmes uniquement en terme de problème personnel, constituerait une non-reconnaissance de l'influence et de l'impact des facteurs sexistes sur les femmes. Ce faisant, la femme serait reconnue seule responsable de son problème et se culpabiliserait de ne pouvoir y mettre fin. Nous pensons que le problème de manque de désir sexuel des femmes ne pourrait être définitivement résolu tant que ne serait pas reconnu le fait que celui-ci se situerait dans un contexte social où la sexualité féminine susciterait un malaise collectif. **Il serait primordial de reconnaître que le problème dans l'expression du désir sexuel des femmes serait un problème personnel et un problème social.** La sexualité féminine serait entourée d'un mécanisme social qui entraverait l'expression pleine et entière du désir sexuel des femmes. »(TREMBLAY N.[1995]) (24)

Un statut connoté encore dans bon nombre de couples comme « inférieur ».

2 - Des tensions que le corps exprime quand la parole fait défaut :

« On pourrait dire que la plainte corporelle fonctionne un peu comme une métaphore : le sens réel est caché derrière une image symbolique. C'est souvent le seul moyen dont dispose la patiente pour s'exprimer. Il est donc logique qu'elle ne soit pas prête à l'abandonner facilement ». (PARIS G. [2005]p.79)

« Chaque fois que le désir manque ou s'éteint, il est question de cette terrible césure corps – tête qui l'entrave et l'étouffe ». (PARIS G. [2005]p.31) (18)

Dans une atmosphère tendue, entretenue par les incompréhensions mutuelles, la parole ne peut pas circuler librement et le corps parle alors dans la langue qui est la sienne.

3- Des conflits relationnels : jusqu'à la grève du désir ?

Mais la langue du corps n'est pas forcément si facile à appréhender pour un homme. Les interprétations de sa « virilité offensée » vont souvent nourrir des disputes où l'objet de la souffrance ne peut être dit ni par l'un (sa frustration virile difficile à digérer) ni par l'autre (sa « féminité insuffisante » et peut être violentée dont elle se sent vaguement coupable). Le conflit réel ainsi voilé ne pourra trouver de résolution et va se répéter encore et encore, empoisonnant un peu plus à chaque fois l'atmosphère conjugale et accentuant les frustrations.

“The recognition that sexual desire is associated with relationship quality and other important interpersonal experiences has led to a corresponding interest in identifying the correlates and causes of this aspect of human sexual response. **One of the main variables to consider in this conceptualization of sexual desire disorder is the effect of every day life, competing roles and its vicissitudes in the sexual life of the couple and specially in their experience of desire. Sexual desire problems in the**

relationship context are developed and maintained systemically. It is easy to understand how the symptom decreases when the member of the couple with the high level of desire, stops pressuring for sex.” (REGAN [2003]) (41)

« .. car on peut envisager les grandes crises d’hystérie ou bien l’anesthésie sexuelles, si fréquentes à l’époque, sous un angle plus politique, comme une forme de contestation physique des femmes, une grève du désir, en quelque sorte ».(GRUYER F. [1974]p.19)

La grève du désir ne persiste - t - elle pas aujourd’hui encore au sein de bien des couples ?

3 - Des emplois du temps surchargés :

Et particulièrement dans des parcours de vie, où avoir du temps ensemble relève maintenant d’un exercice de programmation délicat, auquel ces couples ne consacrent pas d’attention et qui donnent tant d’arguments pour éviter les tête – à - tête.

“One difficulty is how to distribute time in order to have time for sex. I have found that some times, the low desire is the unavoidable result of a hectic life style that does not allow time for a relationship and pleasure oriented activities. I have observed that this is also related to the incongruence among the priorities expressed in discourse and actual behavior”.(SALGADO C.[2003]) (27)

II - 4 - C : LE SILENCE DU DESIR / SA PLACE DANS LE COUPLE

The recognition that sexual difficulties are not invariably expressions of one person's intrapsychic conflict, but are often rooted in the vicissitudes of the marital relationship, is one of the truly significant advances in the behavioral sciences. Helen Singer KAPLAN (1995)

The system, or the model, which governs the relationship, rather than the problems of the individual spouses, is often the major source of sexual dysfunction and the optimum site for intervention. In treating a sexual dysfunction, modification of the sexual and marital system is the basic aim. Helen Singer KAPLAN (1995)

« Deux études importantes montrent qu'une relation de mauvaise qualité avec un partenaire est facteur de manque de désir sexuel (HALLSTROM et SAMUELSON 1990, STUART et al, 1987) probablement parce que une telle relation produit des affects et des cognitions négatives». (BONIERBALE M. [2005])

Tous les aspects dysfonctionnels de la relation, sous jacents au silence du désir féminin sont interreliés et la plupart du temps se trouvent combinés pour aboutir à ce que nous diagnostiquerons ensuite comme trouble du désir.

1 - Une forme de communication dysfonctionnelle, ou l'expression d'une relation dysfonctionnelle ?

« L'interprétation systémique laisse comprendre que chacun des partenaires contribue à définir les rôles réciproques ». (LEMAIRE Jean G. [1979] p.132) (14)

« Rappelons seulement ici les perturbations d'ordre sexuel, où l'on voit que la guérison individuelle d'un des partenaires n'aboutit pas toujours à la guérison de la dysfonction sexuelle entre eux, comme si cette dysfonction était un phénomène de caractère systémique : un trouble entre eux ne pouvant être attribué à l'un ou à l'autre que par décision de caractère conventionnel ». (LEMAIRE Jean G. [1979] p.121) (14)

« La fréquence de tels cas, que connaissent bien les sexologues montre combien la dysfonction sexuelle doit souvent être considérée comme un effet systémique. » (LEMAIRE Jean G. [1979] p.123)

« Mais si le système dyadique a besoin d'un porteur de symptômes, peu importe quel partenaire se charge de ce rôle, du moment que l'un des deux le remplit et qu'aucun émoi génital ne risque de perturber son fonctionnement ». (LEMAIRE Jean G. [1979] p.129)

« Du point vue d'une compréhension systémique, il (le porteur de trouble) n'est que le représentant du système couple, il n'est que la voix de la dyade ». (LEMAIRE Jean G. [1979] p.131)

« Les femmes présentant un désir sexuel hypoactif auraient tendance à percevoir moins de cohésion au sein de leur couple que leur partenaire. Contrairement à la vision qu'avaient leurs conjoints de leur couple, celles-ci voyaient leur relation comme étant plus problématique et comme comportant plus de difficultés.

Dans le même sens, selon TRUDEL, AUBIN & MATTE (1995), la baisse du désir sexuel chez un des partenaires pourrait refléter une détérioration progressive du fonctionnement du couple ». (THIVIERGE M.J. [2005]) (22)

« Le partenaire asymptotique (sans IDS) étant considéré à l'intérieur de ces couples comme ayant les plus grands besoins sexuels, il lui revient donc le pôle de la sexualité. Manifestant dans le couple les plus grands besoins affectifs, le partenaire dont le désir sexuel est inhibé devient par contre le responsable du pôle de l'intimité. On observe aussi une complémentarité des partenaires par rapport à ces deux pôles de la relation. Plus spécifiquement, l'individu avec IDS joue le rôle de la personne inadéquate au niveau sexuel. Ce rôle se manifeste entre autres par son manque de désir sexuel et par ses refus ou sa passivité. Quant à son partenaire, il joue le rôle d'expert sexuel qui initie la plupart du temps les activités sexuelles et qui se montre le plus actif. Il y a ainsi chez ces couples une règle comme quoi c'est l'individu avec l'IDS qui a les problèmes et qui a besoin d'aide, tant au niveau sexuel qu'au niveau affectif ». (TREMBLAY [1998]) (48)

2 - Expression de la colère non dite et luttes de pouvoir :

TREMBLAY attire notre attention sur le fait que le silence du désir de la femme semble plutôt une forme de communication cohérente au sein d'un système-couple dont une règle tacite, acceptée par les deux membres du couple, édicte que la porteuse du trouble est l'unique personne à problème. Ce mode de relation s'inscrit sur fonds de luttes pour le pouvoir qui ne sauraient s'affirmer clairement, voire totalement niées.

“On the other hand, many persons withhold giving the partner pleasure because of unconscious hostility towards the mate and/or anxiety. When a woman resents her husband she is not likely to think of ways to delight and pleasure him. To the contrary, she is likely to withhold the kinds of stimulation and responses which she senses he really wants”. (KAPLAN [1995]p.126) (8)

“Anger at the partner is the most common and serious underlying cause of partner-specific loss of desire. **Buried anger is probably the most important deeper relationship cause of sexual desire disorders** and, unless the anger between the partners can be resolved, at least to the point where they both want to improve their sexual relationship, sex therapy is likely to fail”. (KAPLAN [1995]p.142) (8)

“Numerous specific dynamics of marital discord, all of which involve rage at the spouse or fear of abandonment by him, or both, have been described in the literature of family and marital therapy... Related to these are unconscious power struggles between the spouses. **It is very important for the sexual therapist to have a deep comprehension of such pathological marital transactions because they frequently contribute to sexual dysfunctions and also may present serious obstacles to therapy**”. (KAPLAN [1995]p.158) (8)

“.. the sources of anger we commonly try to resolve within the context of brief psychosexual therapy include power struggles, which often center around money and children, contractual disappointments of various kinds, feelings of betrayal on account of one partner's extramarital affair(s), as well as discrepancies in the couple's sexual needs and wishes for attention, intimacy, and communication...

Power struggles : Although often entirely unaware of this, each spouse is dominated by the need to control the other and conversely to avoid being subjected to domination”.

(KAPLAN [1995]p.160) (8)

“Due to cultural factors and lack of assertiveness, **women are more prone to experience resentment**. Low sexual desire can be self inflicted and intimately related to non-resolved resentment”. (SALGADO(2003]) (27)

« Nous observons là un jeu de pouvoir au sein du couple où il apparaît déjà clairement que le fait de la maladie ou du symptôme rend possible l'exercice d'un véritable pouvoir sur l'autre ».(LEMAIRE [1979]p.132) (14)

La colère non résolue de la femme peut être clairement identifiée comme un facteur de maintien du trouble du désir.

3 - Les lacunes de l'intimité, des connaissances et des pratiques sexuelles :

Un autre facteur d'importance qui peut constituer autant un facteur déclenchant qu'un facteur d'entretien de la dysfonction sexuelle : les échanges intimes sont souvent stéréotypés, pauvres ; le temps partagé centré surtout autour des tâches à accomplir ; peu d'activités ou vie sociale ensemble ; le tout combiné souvent à une attente passive « que ça ira mieux demain... ».

“The failure of many couples to communicate openly about heir sexual feelings and experiences has been cited by authorities in the field as an important factor in the etiology of the sexual dysfunctions”. (KAPLAN [1974]p.133) (7)

“Sometimes, the low desire patient does not speak up sufficently. Not uncommonly, people are too shy or guilty to express their sexual wishes. In other cases, the mate of silent partners are overly sensitive to criticism and has subtly intimidated their partners into keeping their complaints to themselves. These long suffering individuals are reluctant to make any suggestions regarding sex because they have learned that there is simply no way they can be coaxed to communicate their sexual feelings and complaints to their spouses, who in turn must be helped no to take such expressions as personal attacks”.(KAPLAN [1995]p.162) (8)

“In essence, in poor sexual relationships one partner fails to encourage the flowering of sexual expression of the other. Instead one subtly punishes, discourages, frustrates and undermines the other’s sexual confidence in a covert manner which is not recognized or appreciated by either”.(KAPLAN [1995]p.162) (8)

”It is still astounding to me that so many couples who seek help for the wife’s lack of responsiveness or for decreasing frequency of sexual contact are basically only suffering from this sort of ignorance (ignorance de la sexualité féminine)”. (KAPLAN [1995]p. 123) (8)

“For example the myth of the mutual orgasm is exceedingly harmful and has probably destroyed many relationships”.(KAPLAN [1974]p.124) (8)

« D’autres cognitions négatives se rapportaient aux sentiments qu’avaient les femmes d’être perçues et utilisées comme un objet sexuel, de se sentir inférieures au partenaire, à la sensation d’être contrôlées, d’avoir peur d’être rejetées et abandonnées. Certaines pensées étaient aussi dirigées vers les caractéristiques négatives du partenaire, ses inhibitions sexuelles, son désintérêt pour les préliminaires ». (THIVIERGE [2005]) (22)

4 - La perte des illusions :

Dans de nombreux couples, il est fréquent de constater que silencieusement Madame s’est refermée sur des déceptions accumulées au sujet de son compagnon : manque de délicatesse, de disponibilité, d’écoute ou d’attention. A partir d’un certain moment, elle se résigne et s’installe dans une position passive qui proscrit toute manifestation du désir pour l’autre.

“I often wonder if a patient’s loss of desire is due to the loss of illusion about the partner”. (LEVINE [2003]) (38)

“Marital sex evolves over time, less out of routine and habituation than out of gradual female disinvestments. This gender specific disinvestments cannot be considered a "relatively unimportant" phenomenon. It is one of the factors and contemporary

expressions of the disillusionment of partners, particularly women, with marriage in general and requires specific investigation”. (SALGADO [2003]) (27)

“The other malignant dynamic that is frequently seen in couples with sexual desire disorders is the inability to sustain passionate feelings within a close committed relationship”..(KAPLAN [1995] p.146) (8)

“Thus, while some decrease of passion is normal, I regard a marked or complete loss of sexual desire in a long term relationship as pathological. **Such declines are often due to the corrosive effect of marital hostility and disillusionment, and not of familiarity**”. (KAPLAN [1995] p. 38) (8)

5 - L’anxiété , la peur du rejet et de l’abandon :

Ainsi, mal à l’aise, culpabilisée, fermée et en détresse, Madame aura de plus en plus de mal à s’identifier à un « objet sexuel » désirable, et la peur d’être délaissée vient alourdir le problème et intensifier l’isolement de chacun.

“The interference of anxiety in female sexual desire can affects sexual responsiveness due to the action of negative cognitions and mental images like the anticipation of performance failure, of being criticized because lack of desire and the fear of being abandoned. In hypoactive sexual desire cases, not being able to perform the expected role and not being at the level of expectations of the partner, as well as the pressure to have sex and the fear of abandonment or infidelity – due to not being able to give the other what they ask for –, are causes of anxiety for the majority of people, specially to the women”. (SALGADO [2003]) (27)

“**Women are particularly vulnerable to rejection anxiety**”. (KAPLAN [1995] p.131)

“Overconcern about pleasing one’s partner which is rooted in fear of rejection is a related and also highly prevalent source of anxiety”. (KAPLAN [1974]p.122) (7)

7 - Anticipation négative :

La combinaison des différents facteurs que nous venons d'observer, donne naissance et nourrit sur la durée, une anticipation totalement négative de toute rencontre sexuelle avec le partenaire et la mise en œuvre de toutes sortes de stratégies féminines d'évitement du contact corporel.

“Many times resentful women engage in negative anticipatory fantasies regarding the sexual encounter and their partner, inhibiting themselves from participating and/or enjoying sexual activity. I call this process “self induced desire disorder.” (SALGADO[2003]) (27)

“The negative feelings of desire disorder patients typically surface before they enter the bedroom, thereby destroying any possibility of a normal build up of their sexual desires”. (KAPLAN [1995]p.118) (8)

Jusqu'à l'anorexie sexuelle parfois.

Lorsque la situation perdure sur des années parfois, sans demande d'aide, avec une résignation de plus en plus lourde de chacun et une distance qui s'agrandit chaque jour, alors le jeu de rôles se fige dans un scénario qui supportera difficilement les tentatives de changement.

Pour des situations moins enkystées, il reste possible de proposer un accompagnement sur mesure, qui cherche à adresser chaque niveau de la dysfonction : sexuel, relationnel (systémique), émotionnel, intra-psychique.

III – PROPOSITIONS DE COUNSELLING

The desire disorders are more subtle in presentation than are the genital disorders, and their treatment requires a far greater degree of sophistication and mastery, involving multiple areas of knowledge and skill.

Professeur Arnold M. COOPER - Préface de Sexual Desire Disorders – KAPLAN (1995)

La relation durable à deux permet des interprétations d'une part à partir de divers points de vue, mais elle ne peut être totalement saisie sans cette interprétation dyadique qui conçoit ce micro-groupe humain bien particulier comme un système structuré, auto-réglé, homéostatique, appuyé sur l'interraction des désirs et des besoins conscients et inconscients de chaque individu et sur un intense et ambivalent investissement mutuel.

Jean G. LEMAIRE – Le couple : sa vie, sa mort (1979)

Voici posé dans ces exergues le cadre général dans lequel il y aura à proposer des réponses à apporter à une absence de désir sexuel chez la femme ; réponses qui s'envisagent au sein de la relation de ce couple là, comme terrain dans lequel s'enracine, et se nourrit le trouble.

III – 1 : DIRECTIONS GENERALES DU TRAVAIL THERAPEUTIQUE

III – 1 – A : TROIS PREALABLES

1 - Les voix des sexologues

font écho en général à la voix du Professeur COOPER (exergue 1) et vont même souvent plus loin dans le constat :

Les difficultés du désir sont subtiles, complexes et délicates à appréhender, plus encore à soigner.

“Sexual desire disorders have the lowest success treatment rate among sexual dysfunctions, ranging between 25-35% overall. Etiologic complexity, the importance of relationship issues, intimacy frustration, delay between onset of FSDD and request of clinical help, and/or low motivation to improve sexual relations with the current partner may explain why the response to treatment is generally so disappointing, particularly in unmotivated patients”. (GRAZIOTTIN [2004] *Is There Enough Evidence for the Pharmacologic Treatment of Female Sexual Dysfunction ?* - www.medscape.com)

2– Aspect systémique de la relation.

Il est important de ne pas perdre de vue la relation duelle dans laquelle le trouble s’inscrit, avec sa dynamique particulière. Et de ne pas perdre de vue de la même façon les mouvements vers l’homéostasie qui le régulent sans cesse dans la durée. L’absence de désir de Madame joue un rôle clé dans cette homéostasie.

“Since the love bonding process is anything but static, it is fundamental to distinguish between the initial attraction phase –falling in love–, falling out of love or disenchantment and companionate love, in order to understand that sexual desire requires the co-creation of particular affective relational context to develop and lead to satisfactory sexual interactions as the couple progresses through their life cycle”.

(SALGADO [2003]) (27)

« Nous pouvons affirmer que c’est bien dès le début que le couple trouve un embryon d’organisation systémique, au moment du choix réciproque des partenaires, souvent même au moment de leur rencontre première ».(LEMAIRE [1979]) (14)

1 – Résonance des désirs

Le désir souffrant de l’une est en résonance constante avec les différentes expressions du désir de l’autre.

L'accompagnement d'une déficience de désir chez la femme comportera dans l'idéal, des entretiens de couple sur le thème des interactions et comportements « contre-productifs » et des entretiens individuels qui viseront à faire émerger la participation inconsciente et défensive liée à l'histoire personnelle de la femme.

“Also on a clinical level, it has become clear that **a mate is in a unique position to either enhance or destroy the sexual pleasure and functioning of the partner**. For these reasons, it has become standard practice in the field, of work with couples together rather than with the symptomatic patient alone in most clinical situations”. (KAPLAN [1995] p.131) (8)

“It is especially important to gain a clear sense of how the partners interact with each other, whether they facilitate each others's functioning, or whether the partner's sexual behavior is a “turn off” for the patient that will have to be modified in treatment”. (KAPLAN [1995] p.96) (8)

III – 1 – B : LES ENTRETIENS DE COUPLE

“The sexual therapist is primarily concerned with modifying the specific factors in the sexual system which impair sexual adequacy : the lack of authentic communication about sexual feelings, the sexual sabotages, the ineffective sexual interactions, the paranoid distortions about sexual functioning and the use of sex in the service of the marital power struggle, **which must be modified if the couple is to function well sexually**”.(KAPLAN [1974] p.168) (7)

Sachant qu'il y aura nécessité de rechercher et d'utiliser l'échelle de valeurs unique du couple en consultation, pour définir précisément le contenu des pratiques et exercices proposés.

Les thèmes à aborder au cours de ces entretiens seront **relatés aux différents points** évoqués dans le chapitre précédent au paragraphe : « **Silence du désir : sa place dans le couple** » et plus vraisemblablement les points ci dessous. Ils reviennent comme des leitmotiv dans la plupart des situations où d'une part le désir de la femme semble très difficile à remobiliser et où d'autre part, chaque petite avancée vers un mieux être manifestée lors d'une session, semble engloutie à la rencontre suivante

1 - La colère :

Sera comme dit plus haut un des premiers thèmes à élaborer et partager avec le couple. Pas forcément si visible chez Madame, pas forcément non plus totalement consciente pour elle, et souvent culpabilisée ou redoutée, elle se manifeste fréquemment comme cette porte fermée aux demandes sexuelles de Monsieur assortie de longues séries de récriminations répétitives parfaitement anti – érotiques.

“For the therapist, to facilitate the client’s transformation of the narrative or the history she has about the origin of the desire dysfunction, to help her achieve forgiveness, is basic in order to abandon resentment towards her partner. **Once resentment is solved, it could be easier to develop the right emotional attitude to experience desire and act sexually**”.(SALGADO (2003]) (27)

2 - Le manque de communication :

particulièrement au sujet des décalages du désir ou de ses modes d’expression :

Un thème de prédilection pour les combats conjugaux, au sujet duquel l’art du compromis ne semble pas si aisé à pratiquer, dans certains couples aux partenaires avec des personnalités fragiles et ayant peu d’aisance pour communiquer. Les enjeux sous-jacents, en terme d’estime de soi, de place dominante et de difficultés à faire face aux

désaccords de l'autre, sont parfois trop aigus pour une résolution simple dès le départ en cas de disharmonie des désirs.

“What begins as different sexual drive endowments in individuals becomes a private unavoidable political matter within every relationship. Drive differences create the need for negotiation for every couple. The negotiations deal with both partners' drives and psychological intimacy needs. Many people expect to negotiate with few, if any, words, believing that direct references to their sexual drive manifestations are crudely improper. **Inadequate negotiations may play a role in generating a couple's sexual withdrawal from one another** “. (LEVINE [2003]) (38)

“A significant difference in the partners' desire for sex is a fairly common cause of sexual and marital difficulties (ZILBERGELD and ELLISON, 1980 ; LAZARUS, 1988) **and the consequent stress on the relationship may be sufficiently severe to require therapeutic help regardless of whether or not either partner meets the criteria for a sexual desire disorder**”. (KAPLAN (1995] p.81) (8)

Dans ces situations, il y aura à mener des entretiens psycho-éducatifs sur les différences dans la sexualité des deux sexes ; tant il est encore vrai que l'ignorance de cette évidence est encore très répandue à l'ère de « l'égalité des sexes ».

Seront utilisés là, les prescription de tâches à la maison, des requêtes à s'écrire ou à se formuler dans les séances, la pédagogie sur les règles de base d'une communication vivante : s'exprimer clairement sur ses préférences et ses limites, parler de soi, écouter l'autre dans le silence et le respect. Ainsi qu'un travail sur les différences dans les visions et les croyances de chacun sur l'intimité.

Et pour le sujet qui nous préoccupe, l'accent sera mis sur la sexualité et l'érotisme féminin.

« **L'érotisme féminin a besoin d'étapes en douceur, par paliers presque insensibles. L'homme veut tout, et tout de suite. La femme veut une progression.** Après dix ou vingt ans, une femme amoureuse continue à réclamer, de la part de son mari, les

attentions, les soins et la douceur qu'elle désirait au premier jour ». (ALBERONI [1987] p.95) (1)

3 - L'appauvrissement des échanges de tendresse : d'une importance capitale pour l'éclosion du désir de la femme.

Il est fréquent que dans un couple où le désir de la femme reste bloqué et au moment où le couple rencontre le thérapeute, en général quand la situation est déjà bien « enkystée », celui - ci observe un couple où les rôles se sont d'une certaine façon spécialisés : Monsieur endossant le rôle sexuel actif, Madame le rôle affectif passif.

Plus Monsieur sera actif dans ses demandes sexuelles (parfois jusqu'au harcèlement ou la violence), plus Madame justifiera sa fermeture au motif que la tendresse est trop absente et que c'est ce dont elle a justement besoin. Et ainsi le couple s'installe dans un cercle vicieux parfaitement bétonné. Réussir à aménager un partage mieux réparti de la fonction sexuelle et de la fonction affective ne sera pas une tâche aisée.

Quelques sessions pourront être centrées sur **le thème de la séduction, des réminiscences du temps « primordial » du couple : la fusion**, quand celle - ci a pu exister, pour alléger le poids des blocages. Dans un travail de fond , il y aura souvent à explorer par ailleurs les loyautés et alliances « secrètes » de chacun avec sa famille d'origine, liens qui souvent entravent ou minent l'alliance conjugale.

« La femme veut être séduite suivant son propre rythme et de façon harmonieuse.

Le grand séducteur, celui qui « charme » les femmes et libère leur érotisme, leur parle comme une femme. Je dis « parle », car la clé réside bel et bien dans les mots et dans la façon dont ils sont dits. Il ne dit que ce qu'une femme pourrait dire . Le séducteur a de la patience, il laisse à la femme le temps de se préparer, de rêver, d'être charmée, de s'exciter, de se laisser aller ». (ALBERONI [1987]p.96-97) (1)

“Courtship remains an important factor in human sexuality, and **inadequate courtship behavior can play a definite role in the pathogenesis of HSD** and low sexual frequency”. ”.(KAPLAN (1995] p.37) (8)

« Pour s’abandonner, pour s’ouvrir, pour libérer son érotisme profond, la femme a besoin de se sentir en confiance ». (ALBERONI [1987]p.62) (1)

4 - Le temps partagé :

La question du temps que le couple s’octroie pour des activités, des loisirs ou des plaisirs partagés ainsi que pour l’intimité sexuelle et surtout la qualité du contenu de ce temps à deux, devient, dans des emplois du temps de plus en plus surchargés et complexes, un véritable casse tête à organiser parfois. Ces emplois du temps seront examinés en détail, des tâches simples de « retrouvailles » prescrites, et les résultats serviront souvent de tests pour évaluer la possibilité d’une amélioration de l’intimité du couple et de pronostic sur l’issue de l’accompagnement.

« Il se tient des discours de bazar sur « l’usure » du désir, qui sont finalement assez graves puisqu’ils contribuent à enfermer les gens dans leur irresponsabilité. Le temps qui passe, la platitude de la vie ordinaire et le quotidien qui dégrade tout sont désignés comme les grands responsables des échecs amoureux. Ce genre de mythe permet de continuer à croire en l’amour comme une sorte de miracle assez rare auquel il ne serait pas indispensable de participer, chaque jour précisément, pour qu’une relation de don et de partage se construise. **Car ce quotidien qui a si mauvaise presse n’est pas autre chose que ce que chacun d’entre nous en fait.** » (GRUYER [2000]p. 17) (5)

5 - Le temps et l’espace « protégés » : la bonne distance

Pour maintenir l’intimité, le couple doit être capable de vivre l’alternance de l’éloignement et du rapprochement. Le désir sexuel dépend, chez chacun, de sa capacité

à vivre la distance et à anticiper les retrouvailles. Il est tout aussi important que chaque individu ait un espace à lui que la possibilité de passer un moment ensemble. **Chacun aura à apprendre à s'occuper de soi individuellement afin de ne pas dépendre principalement du couple.** Mais cette vision va souvent rencontrer des résistances chez la femme, pour qui « s'occuper de soi est égoïste » ou qui sera insécurisée par les tentatives d'indépendance de Monsieur. Il semble pourtant que cette notion soit à présent assez ancrée chez les couples jeunes quel que soit le milieu social.

« **Le paradoxe dans une relation provient du fait que l'on ne peut être intime tout en étant fusionné.** Une intimité réelle nécessite une indépendance, une démarcation entre les individus. Ainsi, le mariage est l'arène dans laquelle la maturité de la personnalité est la plus mise à l'épreuve, car, seulement la personne émotionnellement mûre peut négocier le rapprochement sans se fondre en l'autre ». (Lynda Dykes TALMAGE et William C. TALMAGE . Relational sexuality : An understanding of low sexual desire in Journal of sex and marital therapy. Vol.12, No. 1, Spring 1986, p.9)

« La disponibilité permanente du partenaire tue l'imaginaire érotique : pas de danger, pas de manque, pas de fantasme, et donc pas de désir ». (LELEU [1997] p.29) (12)

6 - Les croyances néfastes sur la sexualité véhiculées par l'un ou l'autre :

Héritages familiaux, culturels, religieux, les croyances nous semblent des vérités universelles et indiscutables : « ça fait 40 ans que je pense ou que je fais comme ça ; chez nous on a toujours fait comme ça..... etc. » Dans le domaine de la sexualité elles sont d'autant plus difficiles d'accès qu'elles sont enfouies au cœur de l'intime de chacun.

Parmi de nombreuses croyances contre productives (partagées par les deux sexes) voici un catalogue assez représentatif de celles qui peuvent rendre difficile à la femme de manifester son désir :

“*In general, a man should not be seen to express certain emotions. In sex, as elsewhere, it is performance that counts

- * An erection is essential for a satisfying sexual experience
- * All physical contact must lead to sex
- * Sex equals intercourse
- * Good sex must follow a linear progression of increasing excitement and terminate in orgasm
- * Sex should be natural and spontaneous
- * On the whole, the man must take charge of and orchestrate sex
- * A man wants and is always ready for sex
- * We no longer believe the above myths”

(ZILBERGELD B. Men and sex : a guide to sexual fulfilment – London : Harper Collins, 1995)

Et dans la situation d'une femme avec un blocage du désir, le poids des croyances sur "l'obligation de désirer et de jouir" pour se considérer comme « normale » est particulièrement ravageur. Le qualificatif « frigide » communément employé dans ces situations, est aujourd'hui ressentie par les femmes comme une tare lourde, et utilisé parfois par les hommes à l'instar d'une insulte.

III – 1 – C : LES ENTRETIENS AVEC LA FEMME

L'anamnèse portera sur les étapes marquantes de sa trajectoire de femme depuis, le désir qui l'a portée fille ou non dans le ventre de sa mère, en passant par les différentes étapes du passage de petite fille à jeune fille pré- pubère, à sa première relation et à celles qui auront pour le meilleur ou le pire marquées sa vie jusque là.

Par ailleurs, comme nous le verrons plus loin une part importante de ces entretiens seront consacrés à la pédagogie sexuelle et érotique, adaptée à chacune et au couple.

L'évaluation de la gravité/ complexité de la situation conjugale d'une part et de la plasticité du système et de chacun au changement, testés à travers les premières réactions aux entretiens de couple et à travers le récit de vie de la femme conduiront à proposer des objectifs réalistes et parfois modestes. Objectifs qui seront eux mêmes réévalués en fonction de la progression constatée.

III – 2 : LES OBJECTIFS DU TRAVAIL THERAPEUTIQUE :

III – 2 – A : LA GUERISON OBLIGATOIRE DU DESIR ?

Parfois l'évaluation pointera de façon claire que le corps de la femme parle là où la parole ne peut se dire ou ne peut s'entendre : quand le silence du désir persiste et résiste à toute évolution au cours de la thérapie, et crie la mort de la relation, mort qui ne peut s'accepter, se reconnaître ou se parler.

Alors il faudra savoir aider à poser les mots en questionnant, en élaborant doucement vers l'évidence de cette mort de la relation et du couple. Il s'agira là d'accompagner les peurs, de regarder cette fin en face et les conséquences qu'elle entraîne.

Il ne pourra être là question de guérir le désir supposé absent, mais d'entendre l'absence comme une parole posée par le corps totalement valide et respectable.

Le travail sera plutôt d'aider à passer du langage du corps à celui des mots, et enfin au partage de ces mots en couple et des décisions que le constat prononcé, impliquent.

III – 2 – B : DU STATUT D'OBJET DE DESIR AU STATUT DE SUJET DE DESIR : propositions pour une éducation des femmes à l'érotisme

Dans un certain nombre de ces situations une part importante du temps des entretiens sera plutôt à visée psycho-éducative sur le thème de l'intimité, de la communication et de l'érotisme partagé et pour ceux qui concernent la femme, un apprentissage de l'érotisme féminin, utilisant alternativement pédagogie sexuelle et érotique et des propositions d'exercices relationnels et sexuels à faire à la maison.

« Commençons par éliminer deux fausses croyances : l'une qui édicte que l'usure du désir est inéluctable, l'autre qui prétend que l'érotisme ne s'apprend pas ».

(LELEU [2001] p.168) (11)

1 - Pédagogie sexuelle et érotique pour la femme :

- En commençant par les connaissances anatomiques de base : schéma à parcourir ensemble des anatomies du plaisir des deux sexes
- Propositions de bibliographie (livres ou vidéos ou documents Internet) donnés ou à rechercher chez soi seule ou avec le partenaire
- Sélections et commentaires en consultation des documents expérimentés

- et peut être un jour, bien que cela semble bien difficile à mettre en place encore en France, mise en place d'un groupe de partage entre femmes sur tous ces thèmes.

2 - Entretiens sur son identité de femme :

- La vision qu'elle en a, la place qu'elle se donne dans le monde et dans le couple, ses attentes depuis cette place de femme en matière de relation et de sexualité.
- Il sera là question d'éducation, de culture, de religion, de mythes personnels, de tabous.
- Place, rôle dans la relation sexuelle qui se résume encore pour nombre de femmes à n'être qu'un objet dans le désir de l'autre.

Comment passer de cette place d'objet, où parfois la seule façon de se manifester comme sujet sera de dire « non », de se refuser pour se rappeler qu'elles en sont maîtresse à une place de « sujet de désir », de femme désirante.

« On lui apprend à refouler son désir non seulement au cours de ses rapports sexuels mais aussi (car la relation est confusément comprise) dans tous ses autres contacts avec le monde depuis la toute petite enfance. Si bien que lorsqu'elle prend conscience de sa sexualité, les habitudes acquises ont une force d'inertie suffisante pour étouffer le désir et la curiosité ». (Germaine GREER. La femme eunuque - Paris, Robert Laffont, 1970, p. 88.)

« Parce que la féminité, c'est un mode de représentation de nous-mêmes pour le désir de l'homme. Souvent cela a été un dédale de séduction qui n'était pas une séduction pour nous, mais pour lui et pour eux ». (Luce IRIGARAY. Le corps-à-corps avec la mère - Montréal, La Pleine Lune, 1981)

« Pourtant, nous rappelle BUREAU, être "sujet"(se percevoir comme une personne subjective dans toutes ses dimensions et dans sa globalité) plutôt qu'"objet"(se percevoir en fonction d'un cadre externe de référence et se limiter au fait de performer et d'atteindre un but), est une condition essentielle pour la construction du désir et de son maintien . **Un désir qui a plus de possibilités d'expression est aussi un désir qui a plus de chance de se maintenir vivant à plus long terme** ». (BOURQUE [1998])
(23)

3 - Relation globale au corps féminin :

- Avec propositions d'exercices de relaxation, respirations ou postures visant à la détente globale dans le quotidien, mais surtout comme préalable à la rencontre sexuelle, ou à utiliser pendant les préliminaires.
- Avec de plus des exercices de concentration lui permettant de repérer les signaux de l'excitation, signaux particuliers à son propre corps, de suivre ce cheminement et le maintien de cette excitation tout au long de la rencontre.

- Ainsi que des exercices corporels visant à prendre conscience du corps en mouvement, de la lenteur et de l'onctuosité possible du mouvement, et de tous les potentiels du corps dans l'espace, visant aussi à assouplir le bassin et tonifier le périnée. Développement d'une sensibilité fine, d'une écoute de la sensation conduisant à plus de sensualité.

La vision du Tantra, très élaborée sur ce thème, comme énoncé dans le chapitre à ce propos, sera là d'un précieux secours.

« Au delà de l'anatomique, il faut citer la sensualité globale comme facteur érotique. On peut parler d'un accompagnement sensuel de l'acte sexuel ». (GRUYER [2000]p.53)
(5)

4 - L'auto- plaisir et ses possibles variations pour chacune :

Sur la base des avancées vécues au travers des propositions précédentes, des exercices graduels et individualisés seront proposés, démarrant par les perceptions vécues dans les pratiques corporelles déjà expérimentées et des pratiques de concentrations ciblées sur les zones génitales, à expérimenter chez soi.

5 - Recherche des stimuli du désir particuliers à cette femme là :

Adaptés à ce moment là de son histoire et de l'histoire du couple : fantasmes – scénarios sexuels favoris – rêves, dans la direction d'éliminer la routine et de favoriser l'imagination.

« Dans le processus d'anticipation, la femme doit codifier positivement le plaisir sexuel dans son imaginaire avant d'en arriver à investir érotiquement dans les activités sexuelles réelles ». (Pr Claude CREPAULT. L'imaginaire érotique et ses secrets - Québec, Presses de l'université du Québec, 1981, p.220).

6 - Elaboration de scénarios ludiques de séduction :

« Co-crédation » en entretiens de « surprises et de cadeaux » à partager avec le partenaire, ré apprentissage, remémoration des « comportements de cour »(tout aussi excitant à mettre en œuvre qu'a recevoir), en privilégiant une atmosphère de légèreté et d'humour pouvant « s'exporter » à la maison ; qui permettront de participer à la déculpabilisation globale du plaisir.

« Toute démarche visant à stimuler ce désir, est jugée artificielle et perçue très négativement. Ignorant quels sont les stimuli nécessaires à la naissance du désir, elles sont souvent incapables d'en jouer ».(PARIS [2005]p. P14) (18)

« Les femmes doivent comprendre que le désir spontané, sans effort, n'est souvent possible que dans la passion. En dehors de cet état d'exception, il leur faudra s'engager personnellement pour l'obtenir. Elles devront mobiliser leur énergie libidinale personnelle, leurs propres ressources et ne plus attendre passivement un désir magiquement présent comme au premier jour ». (PARIS [2005]p. P14) (18)

“Courtship is a non physical, behavioral form of foreplay, which arouses a sexually receptive attitude in the love object. This is an extremely important element of the desire phase of the sexual response cycle” (KAPLAN [1995]p.36) (8)

7 - Entraînement au langage du désir

Propositions de moments ciblés où chez elle, elle s'exercera à dire, à parler progressivement les mots de son désir, de ses émotions sexuelles.

En respectant et en utilisant sa propre grammaire érotique et sensuelle.

Cette évolution de la femme amènera nécessairement des changements dans la relation, changements qui auront aussi à être évalués et partagés en parallèle dans les entretiens de couple, où l'homme pourra faire part, éventuellement, des craintes ou blocages que la situation nouvelle réveille.

Seront partagés et négociés dans ces entretiens d'évaluation en couple : les différences dans les désirs de chacun et leur ajustement harmonieux, les limites de chacun, les prochaines étapes souhaitées dans les partages sexuels.

«L'érotisme véritable n'est possible que lorsque chacun des deux sexes cherche à comprendre l'autre, parvient à se mettre à sa place, à faire sien ses fantasmes ».

(ALBERONI [1987]p.106) (1)

III – 2 – C : SYMETRIE OU COMPLEMENTARITE DES DESIRS / QUEL OBJECTIF POUR LE SEXOTHERAPEUTE ?

Si l'évolution de la thérapie se poursuit de façon positive, Madame à un moment ou à un autre va se manifester avec une meilleure image d'elle même, une capacité à exprimer ses désirs plus déliée, et une bonne connaissance des clés érotiques qui lui permettent d'accéder plus aisément au plaisir et de le partager.

Mais, comme observé par de nombreux professionnels sociologues, thérapeutes de couples ou chercheurs, **il est fréquent de constater que alors que cette transformation de sa conjointe (« libération ») semblait être le plus cher des vœux de Monsieur, et le seul obstacle à la réalisation du couple, subitement toutes ces nouvelles capacités de sa compagne peuvent lui apparaître comme menaçantes pour sa virilité** (trop souvent encore, vécue en profondeur comme une supériorité « naturelle », innée et fondement de son équilibre personnel).

C'est pourquoi une évaluation pas à pas à chacun des tournants de la thérapie s'avère nécessaire.

Au mieux, pour les couples sans dysfonctions relationnelles particulières, elle conduira à une réévaluation de l'a- priori masculin et un réajustement des places et des rôles dans un nouvel équilibre basé sur plus de symétrie sexuelle et relationnelle entre les deux sexes.

Parfois, dans certaines situations de conjugopathies avérées, on constatera une forme de décompensation dépressive de Monsieur, sur fonds de « chantage – pression – harcèlement » ou « d'agressivité – violence » aux fins de couper court, saboter l'évolution de Madame ;

ou encore une compétition entre les deux partenaires sous forme d'escalade symétrique de la compétence sexuelle vers « du toujours plus » dans l'objectif sous jacent de protéger la position haute masculine antérieure.

La dextérité et la précision de l'accompagnement thérapeutique consistera peut être, en une grande vigilance à tous les signaux d'ajustement échangés dans le couple, et aux rétroactions mutuelles pour évaluer dès que possible la limite de l'évolution acceptable pour ce couple là et non pas viser à tout prix « la libération hypothétique et unilatérale du désir féminin ».

Et c'est vraisemblablement à cet endroit qu'une médication seule, toute efficace qu'elle puisse être sur le plan de l'effet attendu, ne peut répondre entièrement à la situation de défaillance du désir de la femme. Défaillance qui s'inscrit et s'agit dans une relation à laquelle elle participe de façon vitale comme régulateur. Supprimer la régulation sans étayer le changement par un accompagnement psycho-corporel des deux membres de la relation, pourrait conduire dans certaines situations, ou à l'aggravation du conflit, ou à la création d'un autre régulateur tout aussi, voire plus, dysfonctionnel en terme d'épanouissement des individus (la créativité dans ce domaine étant infinie !).

IV : CONCLUSION

L'action suprême est celle du désirer et du vouloir.

Léonor FINI

La relation entre érotisme et poésie est telle qu'il est possible d'affirmer, sans affectation, que le premier est une poétique corporelle, et la seconde une érotique verbale.

Octavio PAZ - cité par HERIL dans le journal d'un sexologue (2005)

Au terme de ce parcours à travers la littérature actuelle sur le trouble du Désir Féminin Hypoactif, à travers les milliers de pages qui ont été parcourues, les centaines de documents différents, il apparaît clairement que de nombreuses voix de spécialistes de la sexualité féminine s'élèvent pour attirer l'attention sur le glissement et le rétrécissement actuel de la vision scientifique vers une hyper médicalisation de ce « trouble ».

Ces mêmes voix relayées ici continuent de nous dire que la faiblesse ou l'absence de désir secondaire, chez une femme dans l'histoire de laquelle aucun traumatisme particulier ne peut être mis à jour, et qui ne manifeste aucune maladie psychiatrique ou physique avérée, cette absence sonne comme une alerte.

Le désir d'une femme en bonne santé ayant été distinctement repéré comme dépendant de facteurs contextuels, émotionnels, sentimentaux, et cognitifs, ce signal de détresse, lorsqu'il se déclenche, attire l'attention sur un malaise émotionnel, relationnel, conjugal.

Et en cela le modèle du désir féminin ne peut plus s'appréhender avec les paramètres qui ont servi à observer et soigner le désir masculin.

« Le symptôme apparaît comme la marque d'une perte de sens, comme le signal d'alarme que provoque le corps pour que la patiente mette en place, enfin, en elle, des

processus de changement. « Oui pourquoi cela vous arrive t il maintenant ?» (HERIL [2003]) (6)

Sous le regard de plus en plus précis des chercheuses d'aujourd'hui, force est de constater que le désir féminin échappe à toute mise en norme rigides ou absolues. Il se place et s'observe à présent dans son contexte d'origine, dans la relation qui le nourrit ou l'entrave et en tant que phénomène sexuel global, non plus comme une étape isolée de la rencontre sexuelle.

Et celles qui ont ouvert la voix dans cette direction sont principalement des femmes.

“If the clinician who treats sexual difficulties is to transcend the role of a technician who dispenses his remedies in a mechanical fashion, if he is not to be limited to removal of immediates stress, if he is to go beyond “sensate focus” and “squeeze”, then he must understand the structure of the dysfunctions on all levels”.(KAPLAN [1974]p.67) (7)

« Une dysfonction sexuelle liée au partenaire ne saurait être plus longtemps diagnostiquée comme pathologique » .

« En réalité, tout est fonction de la signification que la femme donne à tel élément ou telle situation, du sens que cela a dans sa vie à elle, pour elle, selon son vécu et ses grilles de lecture du monde .On sait aujourd'hui combien le psychisme intervient sur le corps, combien les cognitions retentissent sur les émotions, et c'est particulièrement vrai pour la sexualité. C'est ce qui fait la grande complexité de la sexualité féminine. Or, comment évaluer véritablement tous ces paramètres ? Ils sont essentiels pourtant dans le vécu sexuel des femmes et la compréhension de leur fonctionnement. **Et la réponse adaptée aux plaintes des femmes à propos de leur sexualité ne pourra pas en faire l'économie** ». (CHALARD T [2005]) (21)

Mais toutes ces éclairages récents de la communauté scientifique sont loin d'être partagés et acquis par les femmes et les hommes que nous recevons chaque jour.

“Younger women report pressure from their partners to have orgasms every time during sex – it seems to make their partners feel masculine and they want to please their partners – does this make their distress about orgasms a dysfunction ?

Many busy working women and mothers want to be able to say no to sex without their partner feeling personally rejected – does that make their low interest a dysfunction ?

Many older women want intimacy and physical pleasure without vaginal penetration because it’s painful – does that make their pain a sexual dysfunction?

Is our goal in this field to diagnose as much sexual dysfunction as possible – or help people live rewarding sexual lives ?”. (TIEFER L. [2005] (46)

C’est dans la fonction de relais de l’information, de la connaissance et de l’intégration de cette connaissance dans le quotidien des couples, que le sexothérapeute peut aujourd’hui jouer un rôle crucial pour le bien être de ces couples.

A présent ouvertement accessible, le « continent noir » de la sexualité féminine avec tous ses circuits au sein de la relation de couple, commence seulement à révéler quelques unes de ses clés. Il reste encore tant à découvrir sur la complexité de leurs interconnexions.

L’accompagnement sexothérapeutique peut être aussi un espace de recherche des valeurs que l’on accorde à la sexualité et à l’intimité du couple, et que l’on souhaite voir promues.

Et plus particulièrement dans l’accompagnement des troubles du désir de la femme, un cheminement possible aux côtés d’un couple, pour lui permettre de ramener de la vitalité dans le lieu par essence d’où cette vitalité devrait jaillir.

“Sexual desire, therefore, educates us throughout our lives. It often reflects our longing for something that we do not currently have. Since almost all lives are periodically unsatisfying, our new sexual desires inform us about our felt deficiencies in ourselves and our relationships and how they might be improved. “ (LEVINE [1987]) (39)

« Dans toute psychothérapie, et, à plus forte raison, dans la problématique sexuelle féminine, l'objet central du travail n'est pas la pathologie mais bien la perspective.

« Maintenant la sexologie adulte peut se pencher sur l'aspect « humain » de la sexualité humaine, aspect émotionnel, relationnel, et devenir un vecteur d'une « culture de vie » au service de la rencontre homme/femme ». (CREPEAULT [2004])
(34)

Ce travail espère s'inscrire clairement et modestement dans cette perspective.

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages

- 1-ALBERONI Francesco. L'érotisme ; Paris : Ramsay, 1987, 267p
- 2-DOLTO Françoise. Le Féminin ; Paris : Gallimard, 1998
- 3-DOLTO Françoise. L'image inconsciente du corps ; Paris : Seuil , 1984, 377p
- 4-GRUYER Frédérique. Ce Paradis trop violent ; Paris : Robert Laffont , 1984, 216p
- 5-GRUYER Frédérique. Du bonheur sexuel ; Paris : Robert Laffont, 2000, 231p
- 6-HERIL Alain. Journal d'un sexologue / Ce que veulent les femmes ; Paris : le Courrier du Livre, 2003, 269p
- 7-KAPLAN SINGER Helen. The New Sex Therapy ; New York : Brunner Mazel, 1974, 544p
- 8-KAPLAN SINGER Helen. The Sexual Desire Disorders ; New York : Brunner Mazel, 1995, 332p
- 9-KAPLAN SINGER Helen. The Illustrated Manual of Sex Therapy ; New York : Brunner Mazel, 1975, 181p
- 10-LEIBLUM Sandra R, ROSEN R.C. Principles and practice of Sex Therapy ; New York : Guilford Press, 1989
- 11-LELEU Gérard. L'écologie de l'amour; Paris : Flammarion, 2001, 524p

12-LELEU Gérard. Le Traité du désir ; Paris : Flammarion,1997

13-LELEU Gérard. Le Traité des caresses ; Paris : Flammarion,1998, 385p

14-LEMAIRE Jean G. Le couple : sa vie, sa mort : la structuration du couple humain ; Paris : Payot, 1979,357 p

15-LUE T.F. BASSON R. ROSEN R. & al . Sexual Medicine – Sexual Dysfunctions in Men and Women ; Health Publications, 2004, 991p

16-MAC DOUGALL Joyce. Eros aux mille visages ; Paris : Gallimard/NRF, 1996,

17-MIMOUN Sylvain. ETIENNE Rica. Sexe et sentiments ; 2 T / version Homme / version Femme ; Paris : Albin Michel , 2004, 332 p, 382 p

18-PARIS Ghislaine. Un désir si fragile / Les ressorts cachés de la sexualité féminine ; Paris : LEDUC.S, 2005, 255p

19-SCHULZ Mona Lisa. The New Feminine Brain ; New York : Free Press, 2005, 465p

20- VERMA Vinod. Le Kamasutra des femmes ; Paris : Les Deux Océans, 1995, 282p

Thèses

Doctorat Médecine :

21- CHALARD Raphaëlle. Evolution des conceptions médicales de la sexualité féminine et de ses troubles ; Bordeaux, 2005, 209p

Sexologie :

http://blaf.ntic.qc.ca/fr/theses/marie_josée_thivierge/pdf_m_j_thivierge.html

22- THIVIERGE Marie - Josée. Étude exploratoire de l'influence des cognitions négatives sur le désir sexuel ; Montréal , 2005

http://blaf.ntic.qc.ca/fr/theses/elise_bourque/pdf_e_bourque.html

23-BOURQUE Elise. Le maintien du désir sexuel dans une relation de couple à long terme ; Montréal, 1998.

http://blaf.ntic.qc.ca/fr/theses/nathalie_tremblay/pdf_n_tremblay.html

24-TREMBLAY Nathalie. Exploration du désir sexuel chez quatre femmes dans une perspective féministe ; Montréal, 1995

http://blaf.ntic.qc.ca/fr/theses/sylviane_larose/pdf_s_larose.html

25-LAROSE Sylviane. À propos de trois composantes du désir sexuel : la distance, l'attraction, la capacité d'anticipation ; Montréal, non datée.

http://blaf.ntic.qc.ca/fr/theses/louise_lavigne/pdf_l_lavigne.html

26-LAVIGNE Louise. L'émotion de l'intérêt et le désir sexuel chez la femme hétérosexuelle ; Montréal, 1993

http://www.esextherapy.com/dissertations/Salgado_dissertation.doc

27-SALGADO Camila. Sexual-contextual therapy : An integrative approach for the treatment of hypoactive sexual desire in women ; Miami, 2003, 110p

Articles

28-ALTHOF Stanley E. Desire :Understanding female sexual response. Health and Sexuality (ARHP). July 2005;vol 10-2

29-BASSON Rosemary. Women 's sexual desire : disordered or misunderstood ? Sex Marital Ther. 2002;28 Suppl 1:17-28

30-BASSON Rosemary. Women sexual dysfunctions : revised and expanded definitions ; CMAJ. 2005; 172 (10). doi:10.1503/cmaj.1020174, <http://www.cmaj.ca/>

31-BASSON Rosemary, BERMAN J., BURNETT A, DEROGATIS L, FERGUSON D, FOURCROY J &Al. Report of the International Consensus Development : Conference on Female Sexual Dysfunction : Definitions and Classifications ; The Journal of Urology,2000,Vol 163, 888-893

32-BRENOT Philippe. La représentation du sexe entre érotisme et pornographie. Rev. Europ. Sexol. ; Sexologies 2004 ; (XIV), 51 : p-p

33-COMMITTEE 14 – GOLDSTEIN I, GRAZIOTTIN A, HEIMAN J. R, JOHANNES C, LAAN E, LEVIN R. L, MCKENNA K. E. Female sexual dysfunction ; 2000

34-CREPAULT Claude. Nouvelles hypothèses en sexoanalyse. Rev. Europ. Sexol ; Sexologies 2004 ; (XIII), 48 : 12-19

35-GRAZIOTTIN Alessandra. Dysfonctions sexuelles féminines : concept marketing ou besoin d'un diagnostic éclairé ? - www.medspe.com - 2004

36-HICKS Karen. The New View Approach to Women Sexual Problems ; 2005 <http://www.medscape.com/viewprogram/4705>

37-LEQUEUX Armand. Besoin ou désir ? Notre sexe doit choisir. Institut d'Etudes de la Famille et de la Sexualité, Louvain, La Libre Belgique, 2004.
http://www.lalibre.be/article.phtml?id=11&subid=118&art_id=175147

38-LEVINE B. Stephen . The Nature of Sexual Desire : A clinician 's perspective ; Archives of Sexual Behavior, 2003 – Vol 32, N°3

39-LEVINE B. Stephen . More on the nature of sexual desire ; Journal of Sexual and Marital Therapy, 1987 – Vol 13, N°1

40-PHILLIPS Nancy A. Female Sexual Dysfunction : Evaluation and Treatment, American Family Physician, 2000- Vol 62,N°1

41-REGAN Pamela C, LYLE James L, OTTO Amy L, JOSHI Anupama. Pregancy, and changes in female sexual desire : A review ; Social Behavior and Personality : Palmerston North, 2003.

42-REGAN Pamela C. The role of sexual desire and sexual activity in dating relationships ; Social behavior and Personality : Palmerston North ,2000 ; 51-59.

43-REGAN Pamela & BERSCHIED Ellen. Gender differences in beliefs about the causes of male and female sexual desire ; (ville éd non spéc.),Cambridge University Press, Personal Relationships, 1995

44-REGAN Pamela & BERSCHIED Ellen. Beliefs about the state, goals and objects of sexual desire. J Sex Marital Ther. 1996; 22:110-20

45-SPRECHER Susan, REGAN Pamela C. Passionate and companionate love in courting and young married couples ; University of Texas Press, Sociological inquiry, vol. 68, n°2, 1998

46-TIEFER Eleanor & Al. A brief report about Women and the New sexual politics. Profits versus pleasures ; Second New View Campaign Conference, Montreal, 2005 , www.fsd-alert.org

47-TREMBLAY Serge. La différence de désir dans un couple : un problème d'intimité ou de pouvoir ?
<http://www.unites.uqam.ca/dsexo/Revue/Vol3no1/Tremblay%20S.html>

48-TREMBLAY Serge. L'inhibition du désir sexuel : un trouble sexuel difficile à traiter. Sexologie actuelle, 1998. http://blaf.ntic.qc.ca/fr/articles/asq_desir.shtml

49-WHIPPLE Beverly. Women's sexual pleasure and satisfaction / A new view of female sexual function ; The Female Patient, 2002 – 27 : 39-44

50-ZURBRIGGEN Eileen L., YOST Megan R. Power, desire, and pleasure in sexual fantasies ; Journal of Sex Research, 2004, 41, 288-300

et les documents de travail (cours de sexologie 2005-5006) du Dr BONIERBALE Mireille.

Sites Web

TANTRA

<http://www.etre-soi.com/www/>

<http://www.nouvellescles.com/dossier/Tantra/Sadhana.htm>

<http://www.nouvellescles.com/dossier/Tantra/Ordinaire.htm>

SEXUALITE FEMININE

<http://www.fsd-alert.org/> (nombreuses références sur sexualité féminine)

http://www.medscape.com/viewprogram/4705_pnt The “New View “ approach to Women’s Sexual Problems

<http://www.aasect.org/> American Association of Sexuality Educators Counselors and Therapists

<http://www.siecus.org/>

<http://www.isswsh.org/default.asp> International Society for the Study of Women's Sexual Health

<http://www.arhp.org> The Association of Reproductive Health Professionals (ARHP)

<http://www.kinseyinstitute.org>

<http://www.reversaltheory.org/>

LE DESIR FEMININ HYPOACTIF
PANORAMA DE LA CLINIQUE SEXOLOGIQUE ACTUELLE
ANALYSE ET PROPOSITIONS DE COUNSELLING

I – INTRODUCTION

I - 1 Présentation du thème

I – 2 Quelques repères historiques de la recherche sexologique sur les DSF

I – 3 Hypothèse de travail

II - CONCEPTS – REFERENCES THEORIQUES : DESIR SEXUEL AU FEMININ

II –1 Les déterminants biologiques : le cerveau – les hormones

II – 1 - A Cerveau et sexualité

II – 1 – B Cerveau et désir sexuel

II – 1 – C Hormones et sexualité

II – 1 – D Hormones et désir sexuel

II – 2 : Les facteurs cognitifs : empreintes culturelles du désir féminin

II - 2 – A Vision culturelle du désir

- 1- Le désir naît du manque
- 2- Le féminin faible, passif
- 3- Le désir de la femme dépendant du cadre relationnel
- 4- Absence de désir : problème féminin
- 5- Influence croissante des médias

II - 2 – B Le cycle sexuel féminin

- 1- Le Basson 's algorithm
- 2- Les apports complémentaires de Beverly Whipple

II – 2 – C Les propositions féministes

II – 2 – D Les fantasmes

- 1- Fantasme et désir féminin
- 2- Fantasme et couple

II – 2 – E Contrepoint : Un autre contexte culturel : le Tantrisme d'Inde

II – 3 : Place du désir féminin dans le couple

II – 3 – A : Désir féminin v/ désir masculin

- 1- Les différences biologiques
- 2- Le vécu de la temporalité
- 3- Partage émotionnel / tendresse
- 4- Désir métaphore corporelle de la relation
- 5- L'éducation sexuelle des femmes
- 6- Les a – priori communs

II – 3 – B : Le temps du couple

II – 4 : Le désir hypoactif féminin et le couple

II – 4 – A : Le silence du désir : une maladie ?

- 1- Définitions et classifications classiques
- 2- D'autres propositions
- 3- L'interrelation des troubles sexuels entre eux
- 4- Un nombre croissant femmes « avec trouble du désir »

II – 4 – B : Le silence du désir : que vivent les femmes ?

- 1- Un statut, un contexte, une relation à la sexualité connotés socialement
- 2- Des tensions que le corps exprime quand la parole fait défaut
- 3- Des emplois du temps surchargés
- 4- Des conflits relationnels : jusqu'à la grève du désir ?

II – 4 – C : Le silence du désir : sa place dans le couple

- 1- Une forme de communication dysfonctionnelle, ou l'expression d'une relation dysfonctionnelle ?
- 2- Expression de la colère non dite et lutte de pouvoir.
- 3- Les lacunes de l'intimité, des connaissances et des pratiques sexuelles
- 4- La perte des illusions
- 5- L'anxiété, la peur du rejet, de l'abandon
- 6- Anticipation négative

III – PROPOSITIONS DE COUNSELLING

III – 1 : Directions générales du travail thérapeutique

III – 1 – A : Trois préalables

- 1- Les voix des sexologues
- 2- Aspect systémique de la relation
- 3- Résonance des désirs

III – 1 – B : Les entretiens de couple

- 1- La colère
- 2- Le manque de communication
- 3- L'appauvrissement des échanges de tendresse
- 4- Le temps partagé
- 5- La bonne distance
- 6- Les croyances néfastes

III – 1 – C : Les entretiens avec la femme

III – 2 : Les objectifs du travail thérapeutique

III – 2 – A : La guérison obligatoire

III – 2 – B : D'objet de désir à sujet de désir :

Propositions pour une éducation des femmes à l'érotisme

- 1- Pédagogie érotique et sexuelle pour la femme
- 2- Entretiens sur son identité de femme
- 3- Relation globale au corps féminin
- 4- L'auto-plaisir et ses possibles variations
- 5- Recherche des stimuli du désir particuliers à cette femme là
- 6- Elaboration de scénarios ludiques de séduction

7- Entraînement au langage du désir

III – 2 – C : Symétrie ou complémentarité des désirs : quel objectif pour le sexothérapeute ?

IV – CONCLUSION

Table des matières

Bibliographie

Annexe 1

Annexe 2

Annexe 1

Newly published revised, expanded definitions of women's sexual dysfunctions attempt to acknowledge the highly contextual nature of women's sexuality. To aid clinical management of these dysfunctions, these definitions now emphasize assessment of the context of women's problematic sexual experiences.

Seven key questions for the couple

1. Ask the couple to explain their sexual problem(s) in their own words. Clarify details with direct questions, giving options rather than leading questions.
2. Establish the duration of their problems; whether they are generalized or situational; and which one(s) have priority.
3. Determine the context of the sexual problems. How is their emotional intimacy? How useful are the sexual stimuli?
4. How erotic is the context? Are attempts restricted to bedtime, when 1 or both partners need to sleep? What frequency of sex is expected or attempted? Are there concerns about birth control, safety from STDs or privacy? Are the sexual skills of the partners adequate? Is their mutual communication about their sexual needs problematic?
5. Determine the rest of the sexual response for each partner. (For example, she presents with dyspareunia but currently rarely becomes aroused or attains any sexual desire during the experience, and is progressively losing her motivation to be receptive to sex.) If these problems have developed during the current relationship, check each partner's earlier response(s) when together.
6. Enquire how each partner has reacted to the problem(s).
7. Note any previous treatment(s), their compliance and benefit.
Clarify why the couple is seeking help now, and assess their motivation to make changes.

Interview each partner alone

- Clarify this partner's view of the problem(s) and how this partner thinks they are coping.
- Review this partner's sexual response to self-stimulation.

- Ask about the interviewee's past partnered sexual experiences and their positive and negative aspects.
- Determine a developmental history: relationships with parents or caregivers, any losses or traumas, and how he or she coped.
- Inquire if the partner ever experienced sexual, emotional or physical abuse, whether as a child or as an adult.

*Questions marked with open bullets (-) may be omitted in some cases, e.g., for a recently developed problem after decades of healthy sexual function.

BASSON Rosemary . Women's sexual dysfunction: revised and expanded definitions
CMAJ • MAY 10, 2005; 172 (10)

Annexe 2

Modèle de B. WHIPPLE de la santé sexuelle féminine

Dans une fonction sexuelle normale indemne de tout obstacle physique ou psychologique.

On peut inclure :

La capacité d'éprouver plaisir et satisfaction indépendamment de la survenue d'un orgasme ;

Le désir ou la disposition à ressentir plaisir et satisfaction ;

L'aptitude physique à répondre à la stimulation (vasocongestion) sans douleur ni inconfort ;

La capacité d'éprouver un orgasme dans des circonstances favorables.

L'absence persistante ou l'altération de l'un de ces points pourrait constituer une dysfonction sexuelle.

Modèle de Claude CREPAULT

La santé sexuelle ne se limite pas à la sexualité; elle englobe aussi la généralité et la vie amoureuse.

La santé érotique est associée aux critères suivants :

1. Capacité de désirer, d'imaginer, de jouir
2. Capacité d'érotiser une personne humaine consentante
3. Absence de perversions ou de déviations majeures (perversion : hostilité massive érotisée déviance : objet non humain, non adulte, incestueux, non consentant)
4. Aptitude à la polyvalence dans les modes de désir, d'excitation et de jouissance (intégration des érotismes fusionnel et anti - fusionnel)
5. Capacité d'harmoniser l'imaginaire et le réel
6. Capacité d'auto régulariser ses désirs érotiques (non-addiction érotique)
7. Prédominance de la fonction complétive de la sexualité sur la fonction défensive (l'existence de micro perversions et d'érotisations défensives sporadiques serait néanmoins compatible avec la santé érotique).



M me Dominique DERAÏTA, 2006, Mémoire du CEU de sexologie, Montpellier 1
deraita.d@conseil-couple-famille.com

LE DESIR FEMININ HYPOACTIF : PANORAMA DE LA CLINIQUE SEXOLOGIQUE ACTUELLE ANALYSE ET PROPOSITIONS DE COUNSELLING

L'objectif a été dans un premier temps d'établir un panorama de la recherche clinique récente sur le DSH (Désir Sexuel Hypoactif) féminin, auprès des chercheurs et cliniciens qui ont axé leur travail dans une vision non médicalisée de ce trouble sexuel. Il s'agissait d'apporter quelques lumières sur un aspect de la sexualité des femmes encore mal cerné. Des centaines d'articles papier ou informatiques, des dizaines d'ouvrages et de thèses, en provenance de plusieurs pays ont été dépouillés, afin d'extraire les informations les plus à jour et les plus validées par la communauté scientifique, suivant 2 critères essentiels : informations validées par des spécialistes reconnus de la sexualité féminine d'une part et informations récentes mises à jour par des femmes dans des thèses ou articles dans un cadre de recherche validé, d'autre part.

Les informations sélectionnées ont permis de retenir une hypothèse commune : pour des femmes sans historique avéré de traumatismes, et sans étiologie organique, psychiatrique ou iatrogénique, ce trouble, sous sa forme secondaire, apparaît avec évidence relié à une ou des dysfonction (s) du cadre conjugal.

Et plus précisément, apparaît comme une signature de ce ou ces dysfonctionnements relationnels.

En cohérence avec cette hypothèse, il est proposé un accompagnement de ces couples sur les différents niveaux de dysfonctions, après évaluation précise des difficultés relationnelles. Accompagnement sous la forme de sessions de counselling « sur mesure », alternant dans leur principe, des sessions de couple visant à adresser les points de conflits latents ou ouverts dans le couple, et des sessions de pédagogie sexuelle dans les sessions avec la femme seule.

Des évaluations régulières en couple et un ajustement des objectifs seront mis en œuvre tout au long du processus.

Mots clés : DSF – DSH – HSD - Désir Sexuel Hypoactif – sexualité femme – trouble du désir – éducation érotique – accompagnement couples – thérapie trouble désir