

Les implications conjugales et et la prise en charge du couple dans le traitement du désir sexuel hypoactif

Philippe Kempeneers

Le désir sexuel hypoactif est généralement un trouble multifactoriel qui appelle plusieurs modalités parallèles de traitement. Des variables relationnelles sont toujours impliquées dans la difficulté. Afin d'apporter quelques points de repère pratiques aux cliniciens, le présent article propose d'en envisager l'incidence selon deux axes principaux : celui de la gestion des fantasmes dans le couple et celui de la gestion des tensions entre les partenaires. Quelques techniques thérapeutiques applicables dans ces contextes sont passées en revue.

INTRODUCTION

Le désir sexuel hypoactif a généralement une origine multifactorielle. Il est rare que des paramètres relationnels n'y participent pas, peu ou prou. Quand bien même ce trouble serait-il principalement dû à des facteurs strictement personnels, telles les réminiscence d'un abus sexuel, par exemple, ou une perturbation hormonale, c'est toujours dans le cadre d'un couple précis qu'il pose problème. Et c'est le plus souvent en relation avec un partenaire particulier qu'il va ou non trouver à s'améliorer. En définitive, un trouble du désir sexuel présente toujours une composante relationnelle.

A titre d'illustration du propos, épinglons l'étude récemment publiée par Rosen *et al.* (1) : sur 10500 américaines rapportant "ne jamais" ou "rarement" désirer s'engager dans des activités sexuelles, seules 27,5% en retiraient matière à souffrance, et le premier facteur contributif de cette souffrance n'était autre que le fait d'être en couple. En effet, l'amour se fait à deux (au moins) et c'est en lien aux aspirations de nos partenaires que notre désir sexuel – ou son défaut – pose parfois problème. CQFD.

Il existe assurément une série de facteurs biomédicaux – telles les déficiences hormonales – ou psychobiologiques – telles les dépressions et leurs traitements médicamenteux – susceptibles de grever le désir. Ces difficultés méritent une considération préalable ou parallèle à toute autre entreprise thérapeutique. Il n'en sera néanmoins pas question dans ce chapitre, pas plus que des exercices sexologiques visant à améliorer les habiletés strictement personnelles à jouir de son corps. Non pas que nous ne nous attachions pas régulièrement à ces éléments, mais les chapitres précédents suffisent à en dresser un panorama éloquent. Les lignes qui suivent seront exclusivement consacrées aux dimensions relationnelles des difficultés ; leur prise en compte s'avère toujours indispensable.

Associer les notions de relation et de complexité est devenu un poncif mais, puisqu'il nous faut toujours aborder la relation, tâchons de nous donner quelques repères pratiques, fut-ce au risque d'une certaine simplification.

DE NOMBREUX FACTEURS DE DÉMOTIVATION SEXUELLE, DES MODES D'INTERVENTION MULTIPLES

Dans les termes les plus généraux qui soient, le désir sexuel hypoactif peut être vu comme un défaut de motivation pour des activités sexuelles insuffisamment plaisantes, voire franchement aversives ; ceci qu'elles l'aient toujours été ou le soient devenues.

Les facteurs capables de conférer une touche rébarbative aux activités sexuelles sont légion. Citons, par exemple, la présence dans le couple d'une autre dysfonction sexuelle : le vécu d'échec et l'affadissement de l'enthousiasme sexuel en sont les conséquences banales. Ceci n'étant pas sans rapport avec cela, on relève aussi l'impact nocif d'exigences élevées en matière de prestations sexuelles, elles suscitent sentiments de fatigue et de manquement : rien d'excessivement motivant. Les conflits conjugaux sont également péjoratifs du désir, il ne va pas de soi de se sentir attiré par un emmerdeur. De manière générale, tous les sentiments négatifs éprouvés durant les échanges érotiques en altèrent la désirabilité ; qu'il s'agisse de sentiments de rancune ou de culpabilité ; qu'ils émanent de valeurs répressives ou de vécus traumatiques d'abus. On peut

MOTS-CLEFS

Désir sexuel hypoactif, baisse du désir sexuel, couple, fantasmes, traitement, thérapie de couple, sexothérapie

évoquer encore l'usure du temps qui, naturellement, fait perdre à nos partenaires une part de leurs attraits initiaux : outrage des ans à leur apparence ou simple désillusion. On n'oubliera pas non plus de nombreux facteurs aggravants tels la routine, le défaut de communication sexuelle, etc. La liste n'est malheureusement pas limitative.

Dans la plupart des cas, il semble impossible d'expliquer une baisse de désir par un seul facteur déterminant. Les causes ont tendance à s'additionner et c'est leur cumul qui leur confère un tour franchement nocif. Une simple mouche ne va pas m'empêcher d'apprécier un déjeuner au soleil, mais un essaim de mouches, à la longue... Idem dans les troubles du désir : ce n'est pas cette mouche-ci en particulier (une légère dysorgasme subclinique) ou celle-là (un discret contentieux conjugal) qui entrave mon bonheur érotique, mais celle-ci plus celle-là, plus encore celle-ci (une pointe de perfectionnisme dans tout ce que j'entreprends) et celle-là (un affadissement de ma fougue amoureuse).

En réponse à cette causalité multiple, les traitements sont habituellement multifocaux, portant sur différentes cibles et combinant diverses techniques. Un doigt de thérapie sexuelle, deux de thérapie de couple, un zeste de psychothérapie, une larve d'éducation sexuelle et une pincée de médicaments : chaque situation, chaque couple appelle son cocktail spécifique, sa formule propre. C'est pourquoi, probablement, tant d'essais cliniques échouent à démontrer l'efficacité éclatante de tel ou tel protocole ou, en tout cas, sa suprématie sur les autres. Dans l'état actuel des connaissances, les facteurs causaux ne s'envisagent guère que sous un angle probabiliste, et la multimodalité thérapeutique demeure la règle dominante.

Quoi qu'il en soit, par delà la multiplicité des configurations, la dimension conjugale dans laquelle s'exprime un désir sexuel hypoactif me semble abordable selon deux axes principaux : celui de la gestion fantasmatique et celui des discordes conjugales.

GESTION FANTASMATIQUE

En sexologie, la notion de fantasme renvoie à des scénarios érotiques capables de déclencher l'excitation sexuelle ou, à tout le moins, un émoi plaisant. Le fantasme est ici entendu dans un sens élargi par rapport l'acception populaire, il ne se limite pas à n'être qu'une rêverie consciente à caractère visuel. Pour cette raison, certains pourraient lui préférer le terme « sensibilité ». Peu importe. Les fantasmes ou les sensibilités érotiques ne sont pas forcément clairement identifiés comme tels par la conscience du sujet, ils ou elles sont variables selon les individus, fonction de leur histoire personnelle et probablement aussi de leur constitution (2), mais leur légitimation et, par conséquent, leur conscientisation et leur expression, dépendent, elles, du contexte culturel. La culture renvoie pour sa part à un ensemble socialement déterminé de croyances, de valeurs, de normes, de modèles et d'habitudes. Ces valeurs, normes et habitudes vont façonner les manières d'agir, de penser et d'apprécier la sexualité. On peut en détecter l'impact à un niveau macro-social – on parlera alors par exemple de la culture érotique occidentale de ce début de XXI^e Siècle – ou à un niveau microsocial – et on parlera dans ce cas de la micro-culture érotique propre à tel ou tel couple particulier. Il est certain que le comportement sexuel d'un couple peut ne pas tout à fait correspondre aux préférences fantasmatiques d'un des partenaires. La probabilité est alors grande d'une désaffec-

tion de ce dernier pour des activités sexuelles insuffisamment gratifiantes. Dans un couple, une manière donnée de faire l'amour peut être tenue pour seule légitime, maintenant hors du champ d'exercice des formes d'expression érotique pourtant mieux adaptées à la sensibilité du partenaire à niveau bas de désir. On songe à des éléments de sexualité paraphilique par exemple, des comportements sadiques ou fétichistes qui, heurtant un certain sens de la convenance, ne trouvent pas droit de cité dans le lit des amants. C'est un cliché ! Cette situation existe évidemment, mais il est d'autres formes plus subtiles et d'ailleurs plus fréquentes d'exclusion fantasmatique. Certaines sensibilités, certaines pratiques peuvent tout simplement ne même pas être reconnues comme ayant une valeur érotique. Les représentations de l'érotisme sont parfois bien exigües, excluant par exemple les plaisirs autres que génitaux, une sexualité non pénétrative, le plaisir sans orgasme, etc., au point de rendre les activités sexuelles plutôt ternes aux yeux de celui ou celle dont la sensibilité se conforme mal au standard.

Conscientisation

Une des premières étapes de prise en charge va être d'amener les patients à prendre conscience de leur sensibilité, de leurs fantasmes. Plusieurs techniques sont à disposition. L'une d'elles, assez simple, consiste à rechercher les exceptions à la dysfonction : « N'y a-t-il pas des moments ou des circonstances où la sexualité est ou fut plus satisfaisante ? » Une telle recherche a l'avantage d'attirer l'attention sur des conditions d'interaction propices au développement de l'excitation, mais négligées. Cela peut concerner ce que le partenaire fait ou ne fait pas mais aussi, tout simplement, des questions d'ambiance. A ce propos, il n'est pas rare d'entendre préciser que « en vacances, quand nous sommes détendus, cela fonctionne mieux. » Ce sont plus souvent des femmes qui tendent à signaler ce détail, exprimant par là un tropisme érotique sensible à des questions de climat décontracté laissées pour compte par une représentation dominante – et peut-être essentiellement masculine – de la sexualité qui fait davantage la part belle aux stimulations visuelles et aux touchers génitaux. C'est l'occasion de réaliser qu'un scénario érotique efficace ne commence pas nécessairement au pied du lit, à l'effeuillage, mais qu'il peut inclure des ambiances et des attitudes bien en amont, et que, sans ces conditions, il peut être aussi vain pour certaines femmes d'espérer tirer grand bonheur des activités sexuelles que, pour certains hommes, de faire l'amour dans le noir.

Une autre technique consiste à organiser une gestuelle qui permette que s'exprime une sensibilité érotique habituellement délaissée par les scénarii de référence du couple. C'est dans ce cadre que prennent place les exercices classiques inspirés des travaux de Masters et Johnson (3). On les nomme « caresses désintéressées » de manière à insister sur leur caractère purement exploratoire, leur but est d'élargir un répertoire sensoriel et comportemental jusqu'alors exagérément centré sur l'obtention d'une excitation génitale selon un mode convenu.

Chemin faisant, il peut également s'avérer utile d'interroger verbalement les pratiques habituelles du couple et, le cas échéant, de mettre en question l'impact parfois décourageant de celles-ci. Une simple petite question comme « Et quand, malgré le fait que vous ne le désirez pas, vous avez cependant des activités sexuelles, comment cela se passe-t-il ? » peut nous apprendre bien des choses : l'existence d'une autre dysfonction par exemple, ou des pressions à la performance qui rendent ces activités stressantes, laborieuses, des pressions à

la performance qui, soit dit en passant, se font d'autant plus systématiques que les activités sexuelles se raréfient. Il n'est pas rare non plus que l'on parvienne à débusquer des réticences à s'engager dans des activités sexuelles lorsque le désir n'en est pas spontanément présent chez chacun des partenaires. Une illustration assez épurée de cette situation serait celle où l'on s'entend rétorquer quelque chose du genre « Quand on le fait quand-même, j'éprouve du plaisir, et même des orgasmes, mais ce qui nous pose problème, c'est que je n'en ai jamais envie. C'est moche de faire l'amour quand on n'en a pas envie, ce n'est pas notre genre. » Il convient d'attacher une attention particulière à cette configuration tant, d'après Basson (4), la présence d'un désir spontané est aléatoire chez les femmes. L'absence d'un tel désir n'exclut en rien la possibilité d'un désir dit « réactif » ou « répondant » qui se caractérise par le souhait de maintenir voire d'amplifier les stimulations érotiques une fois celles-ci initiées, et d'y prendre plaisir mais, affirme Basson, s'il fallait s'en tenir à l'exigence d'un désir spontané pour établir la normalité, force serait de constater que 30 à 40% des femmes seraient atteintes d'un trouble du désir hypoactif. Or cette représentation de la normalité semble fréquente parmi les couples. Il est souvent indispensable de la déconstruire et d'interroger de façon critique le sens d'un désir spontané érigé en norme : faut-il y voir une indispensable preuve d'amour ? la confirmation narcissique de sa qualité d'amant ? une simple habitude mentale aisée à relativiser ? Ne peut-on aimer boire un verre sans qu'il faille avoir soif ?

L'exploration des sensibilités peut encore prendre la forme d'invitations à arpenter ensemble les rayons spécialisés des librairies ou les sites internet : une manière complémentaire de s'exposer à des stimuli potentiellement émouvants. Il revient au thérapeute d'inciter les partenaires à la chose et de promouvoir la communication entre eux à propos de leurs découvertes, de leurs impressions.

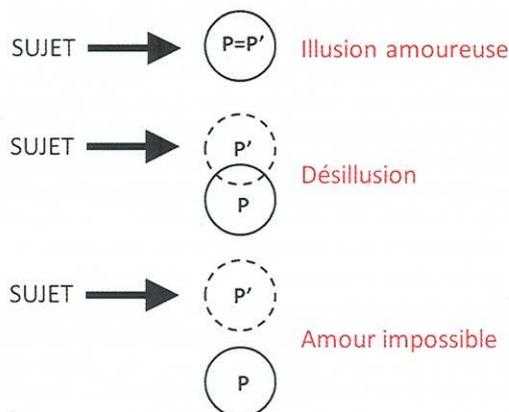
C'est également sous la rubrique « prise de conscience des sensibilités fantasmatiques » qu'il faut aborder la question de la lassitude conjugale. La passion amoureuse qui, souvent, caractérise les débuts d'une relation correspond à un phénomène spontané d'illusion fantasmatique. Il n'est pas question d'en détailler ici le processus, la littérature abonde à ce propos. Admettons seulement que, durant la période passionnelle, le partenaire incarne pour ainsi dire malgré lui la résorption des manques du sujet (5,6). Pourvu qu'il soit partagé, le sentiment amoureux tend, dans notre culture tout au moins, à fonder un projet de couple. A la longue toutefois, les projections du sujet ne peuvent résister à l'immixtion de la réalité. Ainsi le prince ou la princesse charmant(e) qui, initialement, occupait pratiquement tout le champ de vision de l'amoureux transi cède-t-il (elle) progressivement la place à certains aspects moins appétissants la relation : sous les fantasmes, apparaissent Marcel et sa télé, Monique et ses bigoudis. Exit l'illusion amoureuse, bonjour la relation réelle. Nul doute que les désirs sexuels se raréfient à mesure que s'accomplit la désillusion. Reçu au départ comme une évidence, le désir ne va désormais plus de soi, il doit s'entretenir, se travailler en connaissance de cause. A ce stade, une mise en lumière des sensibilités érotiques s'impose et donne lieu à une question essentielle : dans quelle mesure les partenaires seront-ils capables, délibérément cette fois, et sans préjudice de leur personne, de se conformer de temps en temps aux aspirations fantasmatiques de l'autre ? (voir Figure 1). Ceci introduit le thème de l'acceptation des fantasmes érotiques dans le couple.

Acceptation

Prendre conscience de sensibilités érotiques jusqu'alors inexploitées est une chose, accepter de les intégrer à sa sexualité ordinaire en est une autre. Si la chose est parfois rendue possible par la seule intervention pédagogique du sexologue, c'est loin d'être toujours le cas. On se confronte régulièrement à des résistances. Illustrons cela par l'histoire de Bernadette.

Bernadette est une femme peu sûre d'elle-même. Dotée d'une personnalité dépendante, elle trouve une forme de sécurité existentielle dans son couple, avec un mari, Stéphane, plein d'assurance, énergique et un brin dominateur. Sexuellement plutôt passive, peu encline à formuler des desiderata, Bernadette subit plutôt qu'elle n'y participe des activités sexuelles dont l'initiative et la conduite sont toujours laissées à Stéphane. Effacée, conforme, tant à la ville qu'au lit, à un certain stéréotype de femme soumise, elle avoue aussi retirer peu de plaisir de la sexualité, ce qui a fini par grever son désir.

Au cours des premiers entretiens, Bernadette parvient à exprimer un fantasme où la tendresse joue un rôle d'avant plan. La tendresse, estime-t-elle, serait de nature à l'émoustiller davantage. « J'ai un besoin vorace de démonstrations affectives, explique-t-elle. Hélas ce n'est pas le fort de Stéphane, ni au lit ni dans la vie. J'ai surtout besoin de ressentir un cocon protecteur. C'est dans ces moments-là que je me sens en phase avec mon mari. » Quant à Stéphane, c'est la première fois qu'il entend ce besoin s'exprimer avec autant de clarté. Il lui est par conséquent suggéré de mettre son imagination à contribution pour déployer une série de petits gestes affectueux destinés à créer au quotidien un climat propice. On propose aussi que la conduite des activités érotiques soit laissée à Bernadette de sorte que puissent s'exprimer et s'entériner ses besoins de tendresse jusque là négligés. La démarche se veut très progressive. Avec l'assentiment du mari, le couple déclare



« l'état amoureux correspond à l'éprouvé d'une fusion entre un objet imaginaire mal défini (le fantôme de nos aspirations comblées, appelons-le P') et une personne réelle (Marcel ou Monique, appelons-la P) ainsi devenue objet d'amour. Dans la passion, la personne réelle P se pose comme l'écran sur lequel se projettent nos fantômes P'. Mais l'écran n'est pas le film, ni le film la réalité. La toile tendue laisse bientôt voir ses grains. Progressivement, le principe de réalité dissocie l'objet imaginaire P' de l'objet réel P : c'est le temps de la désillusion. Cela étant, l'objet imaginaire P', ce fantôme, cette lumière sans forme précise reste toujours la cible structurelle du désir. Dans cette mesure, c'est la personne réelle P qui perd en attrait... [Une fois la passion retombée, une question se pose :] les partenaires réels P pourront-ils de temps en temps jouer à endosser l'un pour l'autre les habits de P'? » (Kempeneers⁵)

donc momentanément un moratoire sur les attouchements génitaux, privilégiant une sensualité tendre dont les modalités sont déterminées par les souhaits de Bernadette (blottissement, caresses du visage, effleurements du dos...) Dans ce contexte, la patiente commence à sentir poindre en elle un début d'excitation. Voilà que s'exprime une sensibilité susceptible d'être exploitée au plus grand bénéfice de Bernadette. Mais Stéphane ne l'entend guère de cette oreille. A y regarder de près, celui-ci s'avère fortement réfractaire à toute modification de son propre comportement érotique. Son accord superficiel pour la mise en route d'un programme d'exercices comportementaux ne doit pas nous duper : il n'y a aucun accord sur l'objectif du programme. Si, dans l'esprit du thérapeute et de la patiente, les exercices ont pour dessein d'assouplir le répertoire gestuel afin d'y intégrer les besoins érotiques de Bernadette, la vision qu'en a Stéphane est toute différente. Pour lui, le programme d'exercices ne constitue qu'une parenthèse technique, une période de purgatoire imposée ponctuellement par un traitement ; pour lui, l'issue du traitement ne peut correspondre à autre chose qu'à la restauration du désir et du plaisir de sa partenaire dans des activités sexuelles maintenues inchangées, c'est-à-dire menées à sa façon à lui, comme avant, d'une façon qu'il tient pour la norme inaliénable. L'argument est en gros le suivant : « Dis donc Bernadette, ce n'est pas du sexe ça, c'est du flirt d'ado. Je suis en droit d'attendre quelque chose de plus accompli. N'oublie pas que c'est toi qui a le problème, pas moi, et n'essaye pas de me faire passer pour un anormal. » Clairement, le plaisir de l'un n'est pas le plaisir de l'autre.

Au-delà de la relativisation strictement cognitive des représentations de la « normalité sexuelle », la question se pose de la possibilité ou non de concilier des sensibilités différentes.

En première approche, je recours volontiers à la technique dite du *balancier*. Cette technique découle de l'idée que si le partage de plaisir est bien ce qui fonde les relations érotiques, il n'est en revanche pas indispensable que les deux partenaires partagent simultanément un plaisir identique. Il est en effet normal que, au cours d'une relation sexuelle, les partenaires n'éprouvent pas le même plaisir, ni en intensité, ni en nature (7,8). Le problème, c'est quand ça penche toujours du même côté. Dans ces conditions, le partenaire régulièrement désavantagé finit inévitablement par se désintéresser des activités érotiques. Il convient alors de rétablir une certaine alternance, de rééquilibrer la balance. L'exercice du balancier se situe dans le prolongement des exercices exploratoires mastersiens. Lorsque, au départ de caresses désintéressées assorties d'interdits génito-coïtaux, le partenaire à niveau bas de désir est parvenu à exprimer une forme d'agrément aux rapprochements corporels, on tâche d'aider le couple à intégrer deux sensibilités différentes sur la base d'une stricte alternance : avant de s'adonner à un jeu érotique, les partenaires doivent décider clairement qui sera le bénéficiaire du plaisir sensuel. Le jeu, les gestes érotiques seront exclusivement centrés sur son plaisir à lui, sur ses préférences, sans préjuger de leur nature, génitale ou non. Les rôles seront intervertis la fois suivante. Une fois pour l'un, une fois pour l'autre, le balancier permet au partenaire à niveau bas de désir d'éprouver un plaisir adapté à sa sensibilité et à ses limites sans le stress de frustrer le partenaire à niveau haut, il aura son tour lui aussi. Dans le cas de Stéphane et Bernadette, cette procédure aura permis la récupération d'une relation corporelle intime plaisante pour Bernadette, une relation faite de caresses manuelles, de massages du dos, sans que cela ne se conclue systématiquement par une pénétration. Les activités érotiques de cette nature, tenue pour très agréables par Bernadette, furent entrecoupées de séances érotiques d'un autre type, centrées sur la sensibilité de Stéphane, incorporant cunnilingus

et fellations, sans que n'y soit attendu de Bernadette un plaisir autre que celui de faire plaisir à Stéphane. Au début l'alternance doit être stricte. A la longue, les deux types de gestuelles peuvent davantage s'interpénétrer mais il convient de pratiquer régulièrement des « rappels ».

Il se peut aussi que la sensibilité qui parvient à s'exprimer chez le partenaire à niveau bas ne soit pas supportable par le partenaire à niveau haut. Non pas que celui-ci fasse forcément montre d'étroitesse en matière de pratiques sexuelles, mais ce que son partenaire demanderait peut tout simplement s'avérer incompatible avec son être-même. Prenons l'exemple de Christine qui se plaint d'un manque de plaisir et d'excitation. Marc, son mari, est pourtant plein de douceur, d'attention, de prévenance : l'antipode absolu d'un partenaire précédent – appelons-le Johnny – dépeint comme brutal, égoïste et infidèle, un partenaire dont Christine garde un souvenir atterré : « plus jamais je ne me laisserai détruire de la sorte » précise-t-elle. Quoi qu'il en soit, avec Johnny, elle jouissait. Pour Christine, choisir un partenaire comme Marc revient un peu à jouer la carte de la sécurité névrotique contre celle de la jouissance érotique. Comment concilier l'eau et le feu ? Jusqu'à quel point Marc pourra-t-il emprunter à Johnny quelques-unes de ses attitudes sans se sentir profondément aliéné ? Une chose est sûre en tout cas, jamais il ne pourra lui emprunter son visage. Et jusqu'à quel point de tels emprunts seraient-ils suffisants ou même simplement crédibles aux yeux de Christine ? La situation est délicate. On peut toujours tenter quelques aménagements comportementaux de surface mais, dans ce genre de situations, il est rare qu'il ne nous faille interroger la part d'irréalisme de la demande sexologique compte tenu de la structure fondatrice du couple.

Un autre type de problème réside dans la lourdeur relative que représente l'incorporation d'un érotisme de qualité dans l'organisation quotidienne du couple. Comme on l'a vu, l'activité sexuelle ne commence pas forcément au pied du lit, elle inclut une plus ou moins longue phase de mise en appétit d'un partenaire – a priori le moins désirant – pour qui la sexualité ne se réduit pas à une simple question de décharge hygiénique. Ceci implique qu'il faille consacrer du temps à la chose. Or cette exigence de temps ne va pas toujours sans contrecarrer d'autres impératifs, d'ordre professionnel ou domestique par exemple. Travailler à l'amélioration de la sexualité de son couple, fort bien ! Mais à quel prix ? On n'a pas que cela à faire non plus, et ce d'autant moins que la notion de plaisir qui fonde la démarche semble, dans certains milieux, assez dépréciée en regard d'autres valeurs comme le travail, le soin des enfants, la tenue du ménage, etc. Lorsqu'on se confronte à des résistances de ce genre, force est d'aborder avec le couple la question de la hiérarchie des valeurs qui structurent le quotidien. Aménager sa vie de manière à améliorer l'intimité de son couple n'est pas toujours un changement anodin, pas plus par exemple qu'arrêter de fumer, de boire, de s'imposer un régime ou de se mettre au sport. Cela s'articule à de nombreuses habitudes et cela les bouscule aussi : le jeu en vaut-il vraiment la chandelle ? Lorsque se pose ce type de question, Miller et Rollnick (9), concepteurs des techniques dites « d'entretien motivationnel », préconisent d'utiliser un tableau à double entrée où les patients sont invités à répertorier d'une part les avantages, d'autre part les inconvénients soit d'un changement d'habitude, soit d'un statu quo. Cette forme de mise à plat des enjeux du changement permet d'examiner dans quelle mesure les obstacles sont surmontables ou, au contraire, parfaitement rédhibitoires.

DISCORDES CONJUGALES

Les conflits, l'insatisfaction conjugale et les problèmes de communication entre partenaires sont fréquemment associés aux baisses de désir sexuel (8,10,11). Sans ignorer qu'il puisse également s'agir d'une conséquence du trouble, on admet que ce sont là des facteurs capables de dégrader le plaisir sexuel et d'hypothéquer le dépassement d'une dysfonction. Il importe dès lors d'intervenir à ce niveau. Nous entrons là dans le domaine des techniques de thérapie de couple.

Bien qu'il existe de nombreuses manières d'envisager la thérapie de couple, seuls deux types d'approches semblent avoir réellement démontré leur efficacité. Il s'agit, d'une part, des approches visant à entraîner les partenaires à la communication et à la résolution de problèmes et, d'autre part, de celles qui promeuvent des échanges fondés sur le renforcement positif mutuel des partenaires (12,13,14,15). Précisons que la recherche empirique dans le domaine des thérapies de couple est assez récente, le champ demeure complexe à opérationnaliser, aussi serait-il prématuré de conclure à l'inefficacité des approches autres que les deux susnommées, simplement, à l'heure actuelle, il n'a pas (encore) été possible d'en chiffrer les bénéfices de manière convaincante. Quoi qu'il en soit, puisque deux leviers sont reconnus capables d'améliorer la satisfaction conjugale, autant y recourir.

Il existe une méthode qui combine ces deux visées, elle s'inspire directement des techniques d'entraînement à la communication de Boisvert *et al.* (16) et, dans une moindre mesure, des techniques de *Relationship Enhancement* décrites par Ginsberg (17). Désignons-la comme la *méthode du micro*.

La méthode du micro vise au développement de capacités d'expression et d'écoute dans le couple, ce à travers des exercices structurés. Les partenaires sont invités à tenir tour à tour un rôle « d'émetteur » puis de « récepteur » à propos d'une situation ressentie par eux comme délicate, troublante, voire conflictuelle. Le rôle d'émetteur est symbolisé par la détention d'un objet quelconque nommé le « micro ». L'aptitude ciblée au niveau de l'émetteur concerne l'expression de soi, de ses sentiments, de ses points de vue, en indiquant clairement qu'il s'agit d'opinions personnelles. On privilégiera donc les énoncés en termes de « je » (« je ressens... », « je trouve que... ») plutôt qu'en termes de « tu » ou que toute autre formulation qui laisserait accroître en l'universalité du point de vue exprimé. Chez le récepteur, ce sont les capacités d'empathie qui sont entraînées, c'est-à-dire la mise entre parenthèses de ses propres opinions au profit d'une assimilation de la subjectivité du partenaire. Il s'agit pour le récepteur d'essayer de se mettre « dans les baskets » de l'émetteur, et rien d'autre, ce n'est que lorsqu'il sera devenu lui-même émetteur que le partenaire actuellement récepteur sera libre d'exprimer ses propres opinions. Le micro circule ainsi entre les partenaires durant 20 à 30 minutes, désignant alternativement un émetteur et un récepteur par tranches de cinq minutes environ. Pour l'essentiel, les exercices sont réalisés à la maison, mais ils sont démontrés et évalués au cabinet du thérapeute. On recommande aux patients de prévoir un signal d'arrêt de l'exercice, au cas où l'un d'eux se trouverait émotionnellement débordé et dans l'impossibilité de se maintenir dans le cadre strict de la technique. Il est également recommandé de ne pas dépasser les trente minutes d'exercices, ceci afin de ne pas épuiser les patients. Cette recommandation sert aussi à bien marquer le fait que, en matière de communication efficace et de résolutions de conflits, la forme prévaut sur le fond. De fait, c'est avant tout la forme de l'échange qui fait l'objet de ce type d'intervention thérapeutique. À son terme, on

espère que les partenaires seront davantage capables de se départir d'un mode de communication particulièrement contre-productif, mais hélas tellement banal, où reproches, justifications et contre-justifications se succèdent jusqu'à épuisement et/ou explosion des interlocuteurs. À côté de cela, ils devraient désormais disposer d'un autre mode mieux à même de les aider à aborder les problèmes dans un esprit d'acceptation et de reconnaissance réciproque.

De nombreux protocoles de thérapie de couple proposent des exercices de communication semblables à la méthode du micro, mais ils les mêlent à d'autres techniques, avec d'autres visées : des techniques de restructuration cognitive par exemple, des techniques centrées sur les émotions et sur l'insight, ou encore des techniques systémiques utilisant métaphores, génogrammes et injonctions paradoxales. Toutes ont assurément leur intérêt. En thérapie sexologique toutefois, il ne semble guère opportun de recourir simultanément à divers types d'interventions conjugales. L'introduction de techniques multiples risque en effet de diluer l'efficacité qu'elles pourraient avoir isolément (12), d'autant plus que, à côté des techniques de thérapie de couple, les patients souffrant d'une baisse de désir sexuel doivent le plus souvent assimiler également des interventions à caractère plus spécifiquement sexologique. Qui trop embrasse mal étreint, dit-on, l'option large spectre est rarement payante. Il est préférable de cibler directement une méthode précise, a priori efficace et adaptée à la situation du couple, de s'y limiter en un premier temps et de ne passer à d'autres techniques que si ces deux conditions, efficacité et adaptation, ne sont pas rencontrées ; la méthode du micro peut évidemment ne pas convenir à tout le monde. Cette stratégie en matière de thérapie de couple pourrait être qualifiée « d'éclectisme en cascade. »

Une exception à ce principe doit être mentionnée : toute technique de thérapie de couple se complétera utilement de consignes enjoignant aux partenaires de se créer ensemble des expériences plaisantes : promenades à deux, sorties au restaurant, au cinéma, activités sportives ou culturelles, tout est bon pourvu que cela contribue à faire ou à refaire du couple un vecteur de renforcements pour chacun de ses membres. D'une certaine manière, vouloir améliorer la sexualité de son couple passe d'abord par la volonté de passer du bon temps ensemble. Et de rappeler alors que cette exigence de temps à consacrer au développement du couple peut être contraignante pour l'organisation de la vie domestique, ce qui pose de nouveau la question des valeurs et des priorités relatives.

EN GUISE DE CONCLUSION

À vrai dire, un niveau faible de désir sexuel ne pose problème que lorsqu'il se confronte aux aspirations plus élevées d'un partenaire. En ce sens, c'est certainement le couple qui est porteur d'un trouble du désir, et non forcément le partenaire à niveau bas. De manière intéressante pourtant, la nosographie actuelle tend à ne problématiser le désir que sur son versant basse intensité. Ouvrons le DSM IV-TR (18) par exemple, un des systèmes nosographiques les plus consensuels : parmi les « troubles du désir », on répertorie des « baisses de désir » et des « aversions sexuelles », mais d'un éventuel trouble du désir sexuel hyperactif, nulle trace. Contrairement à son défaut, l'excès de désir sexuel ne semble pas relever de la pathologie, ou alors il faut qu'il s'assortisse d'une difficulté à en contrôler l'expression, ce qui en fait un « trouble du contrôle des impul-

sions », ou qu'il s'oriente de façon intempestive vers des objets atypiques, et on y verra dans ce cas une « paraphilie ». A la rigueur, on peut en faire aussi une « dysfonction sexuelle non spécifiée », une étiquette fourre-tout réservée aux difficultés que les cliniciens ne songent a priori pas à identifier formellement. Voilà qui ouvre l'interrogation sur la composante sociale de nos considérations cliniques : de quelle culture érotique particulière sont-elles les fruits ? Mais laissons aux philosophes, aux sociologues et, surtout, aux citoyens le soin de développer cette question, nous ne sommes que de modestes techniciens.

Corrélatifs logiques d'une telle approche du « trouble », les attentions étiologiques se centrent essentiellement sur les facteurs péjoratifs du désir sexuel. Ils sont nombreux ces facteurs, de même que sont nombreuses les techniques qui visent à accroître le désir, des techniques corporelles, pharmacologiques, psychothérapeutiques, relationnelles, etc., toutes plus ou moins efficaces, dont notre symposium a proposé un survol. Utilisées en proportions variables selon les situations, ces techniques apportent quelques résultats. Il s'agit effecti-

vement parfois d'une amélioration de l'enthousiasme sexuel du partenaire réputé en difficulté. Lorsqu'il vise le couple, l'accompagnement sexologique débouche en tout cas toujours sur une meilleure compréhension des enjeux relationnels impliqués dans la plainte, mais il arrive que cela soit pour constater l'impossibilité d'un changement. Cela aussi caractérise l'efficacité.

CORRESPONDANCE :

Philippe Kempeneers

Université de Liège, Département des Sciences de la Santé
Publique, Liège (B)
Clinique Psychiatrique des Alexiens, Henri-Chapelle (B)
Contacts : p.kempeneers@ulg.ac.be

SUMMARY

Relational implications and couple approach in the treatment of hypoactive sexual desire

Hypoactive sexual desire is generally a multifactorial disorder, needing several parallel treatment modalities. Relational variables are always involved in the difficulty. In order to provide some practical landmarks to clinicians, this paper suggests approaching this part of the problem following two main axis: the management of the erotic fantasies in the couple and the management of the tensions between the partners. Some therapeutic techniques applicable in such contexts are considered.

KEY WORDS:

Hypoactive sexual desire, low sexual desire, couple, fantasies, treatment, relationship therapy, sexotherapy

Références

- Rosen RC, Shifren JL, Monz BU, Odom DM, Russo PA, Johannes CB : Correlates of sexually related personal distress in women with low sexual desire. *J Sexual Medicine*. 2009; **6** (6) : 1549-60.
- Balthazard, J. (2010). *Biologie de l'homosexualité*. Wavre : Mardaga.
- Masters WH & Johnson VE. *Human sexual inadequacy*. 1970. Boston: Little Brown. [Traduction française : *Les mésententes sexuelles et leur traitement*. Paris : Laffont, 1971]
- Basson R. Sexual desire/arousal disorders in women. In S.R. Leiblum (Ed.), *Principles and practice of sex therapy (4th ed.)* New York: Guilford Press, 2007.
- Kempeneers P : Le désir au rythme de la passion. *Sexualités humaines*, 2010 ; **5** : 44-53.
- Kempeneers P : Les cycles du désir sexuel (saison 2). *Sexualités humaines*. 2010 ; **6** : 44-53.
- McCarthy B : Strategies and techniques for the treatment of inhibited sexual desire. *J Sex Marital Ther*. 1984 ; **10** : 97-104.
- Trudel G. *La baisse du désir sexuel*. Paris : Masson, 2003.
- Miller WR, Rollnick S. *Motivational interviewing: Preparing people for change (2nd ed.)*. 2002. New York: Guilford Press. [Traduction Française : *L'entretien motivationnel*. InterEditions, 2006]
- Carvalho J, Nobre P : Gender issues and sexual desire: the role of emotional and relationship variables. *J Sexual Medicine*. 2010; Published Online.
- Stuart FM, Hamond DC, Pett MA : Inhibited sexual desire in women. *Arch Sex Behavior*. 1987; **16** : 91-106.
- Beaucom DH, Shoham V, Mueser KT, Daiuto AD, Stickle TR : Empirically supported couples and family therapy for adults problems. *J Consult Clin Psychol*. 1998; **66** : 53-88.
- Chambless DL, Baker MJ, Baucom DH, Buetler LE, Calhoun KS, Crits-Christoph P et al. : Update on empirically validated therapies. *Clin Psychologist*. 1998 ; **51**(1) : 3-16.
- Chambless DL, Ollendick TH : Empirically supported psychological interventions: Controversies and evidences. *Ann Rev Psychology*. 2001; **52** : 685-716.
- Epstein NB. Cognitive-Behavioral Therapy with Couples. In R.L. Leahy (Ed.), *Contemporary cognitive therapy*. New York: Guilford Press, 2006.
- Boisvert JM, Guay S, Beaudry M, Bujold A. *Entraînement à la communication*. Document présenté aux 9èmes Journées Scientifiques de l'Association Francophone de Formation et de Recherche en Thérapie Comportementale et Cognitive, Liège (B), 2003.
- Ginsberg BG. Relationship Enhancement Couples Therapy. In F.M. Dattilio & L. Bevilacqua (Eds.), *Comparative treatments of relationship dysfunction*. New York: Springer, 2000.
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition, Text Revision (DSM IV-TR)*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing Inc., 2000.