

# ARTICLE

## Chatton, Desjardins, Tremblay

### Un peu d'histoire

#### L'axiome de base de l'approche sexocorporelle

*Le corps et le cerveau : deux entités indissociables*

#### L'approche sexocorporelle, un modèle de santé sexuelle

*Le découpage et l'intégration des différentes composantes de la sexualité humaine*

*Modèle de développement sexuel*

#### L'importance de distinguer le modèle de santé sexuelle du modèle de la santé mentale en clinique

*Causalité directe, causalité indirecte*

*Utilité, ou nécessité, d'un modèle de santé sexuelle dans le champ de la santé mentale*

### Conclusion

Sans aucun doute, la sexualité préoccupe chacun de nous. Or, son statut privé ne nous conduit-il pas trop souvent, nous professionnels de la santé, à la garder tabou, à en faire un sujet de rigolade, quelque chose dont on ne peut parler sérieusement ou scientifiquement ? Avec le temps, de nouvelles connaissances ont pourtant vu le jour. Notre manière de concevoir et de vivre la sexualité gagnerait à évoluer, afin de permettre leur diffusion, tant dans les milieux scientifiques spécialisés (médecine, psychologie, etc.), que dans le grand public.

2

Dans les années 1974-75, deux commissions de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) se réunirent à Genève pour définir un concept de « santé sexuelle ». Auparavant, cette organisation avait défini deux critères globaux de « santé mentale » de l'individu. D'une part, on y mentionnait la capacité à aimer ou à investir une relation en termes de durabilité, et d'autre part, la capacité à travailler de manière durable. La définition de la santé sexuelle, dont le texte est encore valable à l'heure actuelle, fut quant à elle libellée comme suit : « *La santé sexuelle est l'intégration des aspects somatiques, émotionnels, intellectuels et sociaux de l'être humain sexué, de façon à parvenir à un enrichissement et un épanouissement de la personnalité, de la communication et de l'amour* ».

3

Ainsi, il a été reconnu explicitement que santé mentale et santé sexuelle constituent deux composantes distinctes de la santé chez l'être humain. En proposant cette définition, l'OMS a aussi ouvert une brèche. En effet, puisqu'il est devenu possible de savoir ce qu'est la santé sexuelle, elle a ainsi reconnu implicitement l'importance d'une sexualité fonctionnelle.

4

Bien que la sexualité ait déjà été observée auparavant (Kinsey, 1948, 1953), ce n'est que dans les années 1970 que les premières connaissances scientifiques en sexologie clinique se sont accumulées, notamment grâce aux travaux d'observations quantitatives en laboratoire de Masters et Johnson. Partant de ces nouvelles connaissances, ils ont pu élaborer leurs premières tentatives de traitements (Kolodny, Masters, Johnson, 1979). Par la suite, d'autres travaux eurent lieu dans le champ de la sexologie clinique. Par exemple, les adaptations de ces premiers traitements proposées par Hélène S. Kaplan (1979), les

thérapies cognitivo-comportementales (Trudel, 2003) et l'approfondissement de l'imaginaire érotique par C. Crépault (Crépault, 1997 ; Pasini et Crépault, 1987).

5

Bien que des connaissances quantitatives aient été acquises sur la fonction d'excitation sexuelle, entre autres grâce aux recherches de Masters et Johnson, les connaissances sur la qualité de la fonction d'excitation sexuelle sont demeurées relativement dans l'ombre, jusqu'à ce que l'Approche sexocorporelle s'y intéresse. Cette approche a été développée par le professeur Jean-Yves Desjardins à partir de recherches menées au Département de sexologie de l'Université du Québec à Montréal (UQAM) et d'une pratique sexologique clinique de plus de quarante ans (Desjardins, 1996). Elle assied ses fondements sur des observations cliniques précises et incontournables sur le plan sexologique. De 1968 à 1988, le professeur Jean-Yves Desjardins a enseigné en tant que professeur titulaire cette approche à l'UQAM.

6

Pendant plusieurs années, Jean-Yves Desjardins a travaillé en collaboration avec François de Carufel, docteur en psychologie et sexologue, afin de mieux structurer et systématiser sa pensée. A la fin des années 1980, grâce à la contribution active de Claude Roux-Deslandes [5]BeginNoIndex

[5] Sexologue clinicienne en pratique privée à Pau (France),...

EndNoIndex, il a continué à préciser et à promouvoir l'Approche sexocorporelle. A la même époque, l'enseignement professionnel de l'Approche sexocorporelle a débuté dans différents pays d'Europe. Depuis, la demande de ces formations professionnelles ne cesse de croître, d'où la fondation toute récente de « l'Institut Sexocorporel International Jean-Yves Desjardins ». Nous souhaitons ci-après offrir au lecteur une synthèse de ces travaux novateurs sur plusieurs points.

**field: Inter1L'axiome de base de l'approche sexocorporellefield:**

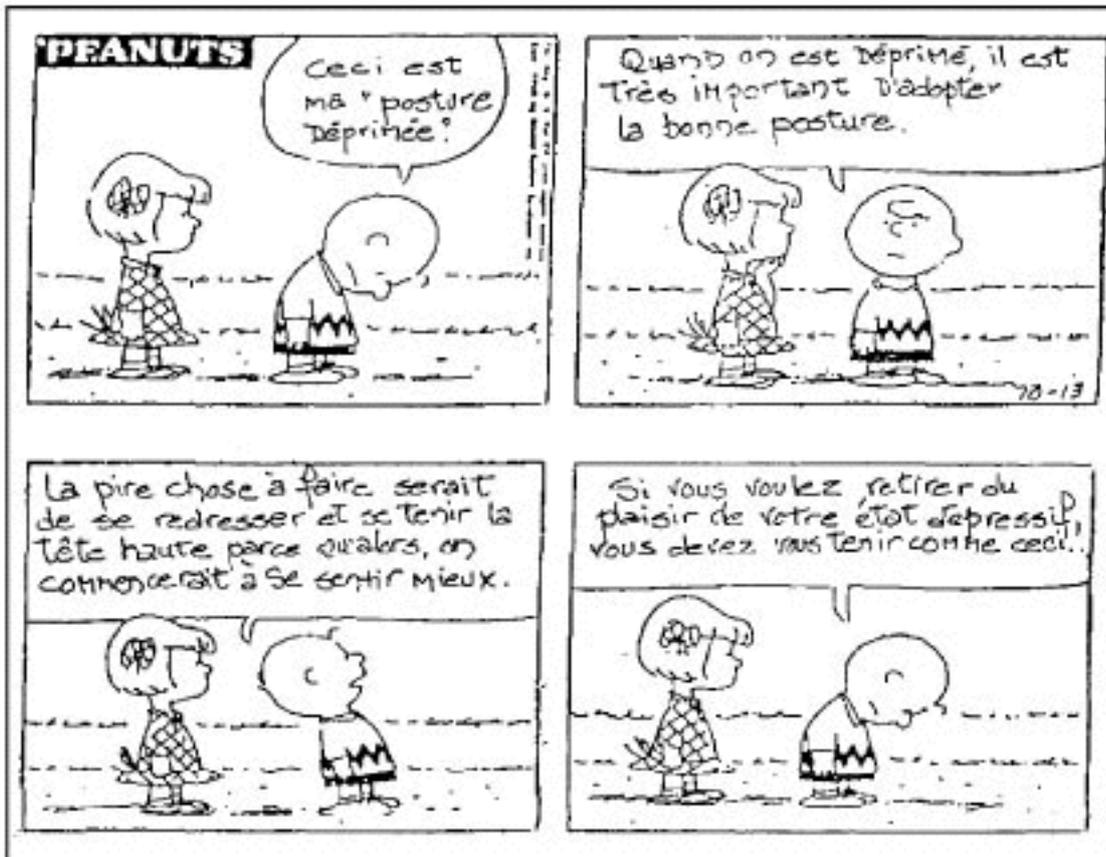
**field: Inter2Le corps et le cerveau : deux entités indissociablesfield:**

7

Le postulat sur lequel se base l'Approche sexocorporelle est la constatation de l'unité fondamentale que forment le corps et le cerveau, déjà reconnue par Wilhelm Reich dans les années cinquante (Reich, 1952). Nous ne disposons malheureusement pas de terme français définissant cette entité et nous sommes obligés de nous référer au néologisme « *corps-cerveau* » ou « *cerveau-corps* ».

8

Nous pouvons aisément observer qu'une émotion, quelle qu'elle soit, entraîne des modifications corporelles auxquelles elle est associée. A l'inverse, une position corporelle amène des tensions musculaires dans certaines parties du corps qui ont automatiquement leurs reflets au niveau émotionnel et cognitif.



9

Le cartoon inséré ci-dessus montre ce principe dans la bouche d'un enfant. Ce qui y est dit paraît tellement évident que cela nous fait rire. On pourrait balayer cette évidence d'un revers de main. Pourtant, nous vous suggérons d'y réfléchir à plus d'une reprise et de l'expérimenter d'abord !

10

Voyez par vous-même ce qui se passe si vous essayez de vous sentir triste... en vous forçant authentiquement à penser à quelque chose qui vous a beaucoup touché. Essayez ensuite de maintenir cet état émotionnel tout en relevant la tête, en regardant autour de vous, en vous mettant debout, en bougeant votre corps d'une manière ample, harmonieuse, en respirant copieusement, bouche ouverte, en occupant tout l'espace avec vos bras, vos jambes... Cela est tout simplement impossible ! [6]BeginNoIndex

[6] Nous invitons le lecteur à tenter l'expérience proposée...

EndNoIndex Pour sentir la tristesse, pour la contacter, pour pouvoir même y penser véritablement, on devra invariablement arrêter de bouger, se replier sur soi et laisser sa musculature devenir relativement relâchée et hypotonique, ce qu'illustre de manière si adéquate notre ami Charlie Brown !

11

A partir de cet exemple, il est clair que le postulat de l'unité fondamentale « corps-cerveau/ cerveau-corps » est aussi valable dans d'autres champs que la sexologie. Dès qu'une émotion est vécue, elle a inévitablement son reflet dans le corps. De la même façon, une modification corporelle aura son reflet intrapsychique [7]BeginNoIndex

[7] Par exemple, sans injonction émotionnelle, prendre...

EndNoIndex. Ce constat est, à notre avis, un principe universel.

12

C'est sur ce postulat fondamental que se base tout le travail sexoclinique en Approche sexocorporelle. Les interventions sexologiques se font de manière intégrée entre l'explicite (le corps vu, bougé, tendu, relâché, etc.) et l'implicite (le corps perçu, les émotions, les

pensées, les fantasmes, etc.). Pour ce faire, il est nécessaire de connaître et de tenir compte de toutes les composantes impliquées dans la sexualité humaine.

**field: Inter1L'approche sexocorporelle, un modèle de santé sexuellefield:**

**13**

L'Approche sexocorporelle définit la santé sexuelle comme étant le développement, l'intégration et l'harmonisation des différentes composantes qui interagissent dans la sexualité humaine. Un travail laborieux a permis l'élaboration de définitions précises de chacune de ces composantes, levant ainsi le voile sur de multiples confusions dans le vocabulaire sexologique.

**14**

Le modèle de santé sexuelle présenté dans l'Approche sexocorporelle consiste, en quelque sorte, en une opérationnalisation de la définition de l'OMS. Cette progression vers une sexologie clinique moderne nous permet actuellement d'évaluer la sexualité de nos patients selon une grille d'évaluation précise regroupant chacune de ces composantes, et ainsi de proposer des traitements sexocliniques simples et efficaces.

**field: Inter2Le découpage et l'intégration des différentes composantes de la sexualité humainefield:**

**15**

Pour dégager les diverses composantes qui interagissent dans l'exercice de la sexualité humaine, un découpage systématique est requis. Afin d'y arriver, des concepts ont été précisés et définis de manière à ne pas confondre les différents aspects de la sexualité et pour pouvoir mieux les approfondir en termes de santé ou de fonctionnalité sexuelle. Nous donnons ci-après les treize composantes sexologiques qui ont ainsi été élaborées [8]BeginNoIndex

[8] Afin de les identifier plus précisément, nous les numéroterons...

EndNoIndex, certaines étant regroupées par sous-chapitres.

**field: Inter3La composante fondamentale : l'identité sexuelle (1)field:**

**16**

Nous appelons « identité sexuelle » le socle de base sur lequel repose la dichotomie entre les deux sexes que comporte l'espèce humaine. Cela renvoie au sexe génétique « mâle/femelle », en dehors des aberrations rares que l'on peut rencontrer [9]BeginNoIndex

[9] Syndrome de Klinefelter, syndrome de Turner, pseudo-hermaphroditismes,...

EndNoIndex. Cette identité sexuelle est fixée dès la conception.

**17**

Bien que son expression varie avec l'âge, le sexe génétique, et avec lui l'identité sexuelle, ne varient pas, même au-delà de la mort de l'individu. C'est d'ailleurs une des premières précisions que les archéologues ou les criminologues cherchent et réussissent à déterminer, le cas échéant, à partir des restes humains qu'ils retrouvent.

**field: Inter3Les composantes sexologiques développementalesfield:**

**18**

Toutes les composantes évaluées dans l'Approche sexocorporelle s'inscrivent dans le développement sexuel humain. Nous les subdivisons en quatre grandes catégories :

- 1 *Les composantes physiologiques* : elles renvoient à la fonction d'excitation sexuelle, c'est-à-dire à l'excitation sexuelle et à son développement en passant par différentes manières de s'exciter sexuellement (par ses sources (2) ses modes (3), et ses courbes temporelles).
- 2 *Les composantes sexodynamiques* : elles englobent le sentiment d'appartenance à son sexe biologique (archétypes (4) et stéréotypes sexuels (5)); le plaisir sexuel (6) et ses multiples sources d'enrichissement ; l'imaginaire sexuel (7) ; le désir sexuel (8) ; les codes d'attraction sexuelle (9) ; l'agressivité sexuelle (10) [10]BeginNoIndex[10] L'agressivité sexuelle dans l'Approche sexocorporelle... EndNoIndex et finalement l'assertivité sexuelle (11).

- 3 *Les composantes cognitives (12)* : elles regroupent l'imaginaire érotique, les connaissances, les idéologies, les systèmes de pensée, les jugements de valeurs, les idéalizations, etc.
- 4 *Les composantes relationnelles (13)* : elles comprennent la communication érotique et amoureuse, la séduction et les compétences érotiques.

Pour bien saisir le modèle de santé sexuelle présenté ici, nous allons détailler chacune des composantes énumérées.

**field: Inter4Les composantes physiologiquesfield:**

**field: Inter5La fonction d'excitation sexuellefield:**

**19**

La fonction d'excitation sexuelle occupe une place à part lorsque l'on s'intéresse à la sexualité. En effet, le réflexe d'excitation sexuelle est le premier à apparaître dans le processus de sexualisation de l'individu. Des observations ont été faites par des obstétriciens qui ont vu les premières manifestations du réflexe d'excitation sexuelle *in utero* (Meizner, 1987). C'est autour du « tronc » formé par cette fonction d'excitation sexuelle, elle-même développementale, que vont se greffer et se développer toutes les composantes intrapsychiques (sexodynamiques, cognitives et relationnelles).

**20**

La fonction d'excitation sexuelle s'exprime par le jeu de deux paramètres. En premier lieu, nous avons l'émergence du phénomène réflexe de la vasocongestion des organes génitaux qui signe toute excitation sexuelle. Ce phénomène de vasocongestion dépend du système neurovégétatif. Il survient donc de façon involontaire, sans que l'on puisse l'influencer directement. En second lieu, par le jeu sur les rythmes, les tensions musculaires et l'amplitude des mouvements effectués, ce que nous appelons les trois lois du corps, une action volontaire indirecte sur la courbe d'excitation sexuelle est possible [11]BeginNoIndex

[11] Il est à noter qu'à la base de tous les apprentissages,...

EndNoIndex (Masters et Johnson, 1966, pp. 294-ff).

**21**

L'utilisation de l'espace se fait à deux niveaux : à l'externe par les mouvements corporels globaux et à l'interne par la respiration. Par le jeu des rythmes, des tensions musculaires et des mouvements, il est possible de poser des actions volontaires qui permettent de moduler et de gérer l'excitation sexuelle, afin de la prolonger et de la faire monter jusqu'à la décharge orgasmique [12]BeginNoIndex

[12] Il s'agit des spasmes musculaires rythmiques, se produisant...

EndNoIndex. Puisque nous n'avons aucun pouvoir direct sur l'émergence du réflexe d'excitation sexuelle et sur le déclenchement des réactions spasmodiques de cette décharge orgasmique, le seul moyen d'influencer le degré de vasocongestion et de moduler l'excitation sexuelle est de jouer sur ces trois lois du corps. Ainsi, on peut influencer les aspects tant quantitatifs que qualitatifs de l'excitation sexuelle, par la gestion volontaire des réactions corporelles qui l'accompagnent.

**field: Inter5Les sources d'excitation sexuelle (2)field:**

**22**

Elles peuvent être variables d'un individu à l'autre. Les sources de base les plus courantes sont le toucher et la vue (plus particulièrement pour les hommes, les femmes utilisant plus volontiers la visualisation interne), mais l'ouïe, l'odorat et le goût peuvent représenter eux aussi des sources importantes. L'imaginaire et les codes d'attraction sexuelle, que nous examinerons plus loin, peuvent représenter des sources d'excitation sexuelle plus élaborées.

**field: Inter5Les modes d'excitation sexuelle (3)field:**

**23**

A partir d'observations en laboratoire et de descriptions obtenues lors d'évaluations sexologiques de milliers de patients et de patientes, une typologie clinique a été établie pour dégager cinq différentes manières d'augmenter et de moduler l'excitation sexuelle. Nous les appelons les « modes d'excitation sexuelle » ou aussi « modes excitatoires ».

**field: Inter5Le mode d'excitation sexuelle archaïquefield:**

**24**

Ce mode est appelé « archaïque » en raison de son apparition dans la toute petite enfance, à partir de quelques mois de vie, dès qu'un minimum de coordination motrice est possible (Fleisher et Morrison, 1990). C'est un mode que nous pouvons observer chez les enfants, mais aussi chez l'adulte, plus fréquemment chez la femme que chez l'homme. En effet, puisque la sexualité se développe par des apprentissages (faits ou non), certaines personnes adultes peuvent maintenir un mode archaïque qu'elles avaient d'abord acquis dans l'enfance. D'autres peuvent aussi le découvrir ou le redécouvrir plus tardivement.

**25**

Le mode d'excitation sexuelle archaïque consiste notamment à faire monter l'excitation sexuelle par la stimulation des récepteurs proprioceptifs dans la région des organes génitaux. Pour faire monter son excitation sexuelle, la personne utilise des pressions ou des tensions musculaires de forte intensité dans la région génitale. L'implication importante des récepteurs internes profonds (par les fortes contractions musculaires associées aux pressions exercées) caractérise donc ce mode.

**26**

Par exemple, une femme peut arriver à faire monter son excitation sexuelle jusqu'à la décharge orgasmique en serrant fortement ses cuisses l'une contre l'autre, en contractant les muscles qui entourent les parties génitales (périnée, muscles périvaginaux), en faisant une pression sur le bas-ventre et/ou sur les parties génitales. Elle peut aussi serrer un oreiller, son poing ou un objet entre ses cuisses, se plaquer contre le coin d'un meuble (lit, par exemple) ou encore exercer ces pressions avec un mouvement permettant la pression, allongée à plat ventre sur un oreiller. La montée de l'excitation sexuelle jusqu'à la décharge se fait généralement très rapidement, souvent en une dizaine de secondes seulement.

**27**

Au niveau de l'utilisation des lois du corps, le mode archaïque implique des rythmes assez rapides, un tonus musculaire très élevé allant jusqu'à l'hypertonie (rigidité totale), l'utilisation d'un espace réduit et d'une respiration courte et restreinte.

**28**

La personne qui utilise ce mode d'excitation sexuelle peut avoir accès à une décharge orgasmique, mais c'est un mode qui est limitatif puisqu'il s'adapte très peu au coït. En effet, il est bien difficile pour une femme d'investir sa vaginalité et son senti interne, si elle s'excite en serrant les cuisses ou se pressant couchée sur le ventre. De la même façon, il sera bien difficile pour un homme d'investir érotiquement le coït s'il s'excite, par exemple, dans une position assise, à l'aide de fortes pressions exercées avec ses doigts appuyant sur le pubis au niveau de l'implantation de sa verge. Dans un cas comme dans l'autre, des difficultés relationnelles et fonctionnelles risquent de survenir.

**29**

De plus, ce mode d'excitation sexuelle demande une grande concentration pour parvenir à la décharge orgasmique. En effet, la personne doit demeurer concentrée sur la sensation génitale, afin de ne pas perdre le fil de la montée de son excitation sexuelle. En raison de la rigidité et de l'inconfort corporel que ce mode implique, les perceptions de plaisir sexuel [13]BeginNoIndex

[13] Nous faisons une distinction importante entre la notion...

EndNoIndex associées à l'excitation sexuelle sont fortement limitées.

**30**

Ainsi, lorsque la personne fonctionne uniquement avec le mode archaïque et qu'elle n'a pas développé d'autres manières pour faire monter son excitation sexuelle, différents troubles sexuels peuvent apparaître. L'origine de ces troubles est directement liée au fait que la personne n'arrive pas à obtenir, dans le rapport sexuel partagé, une stimulation adéquate, correspondant à son mode de faire personnel. Nous voyons donc, classiquement associé au mode archaïque exclusif chez l'homme, des difficultés d'éjaculation, voire une anéjaculation ou un trouble érectile lors du coït [14]BeginNoIndex

[14] C'est-à-dire que l'homme vit ces problèmes uniquement...

EndNoIndex. Chez la femme, nous observons très souvent une anorgasmie coïtale, et assez fréquemment même, une anorgastie coïtale [15]BeginNoIndex

[15] L'anorgastie est l'incapacité à atteindre le point...

EndNoIndex. Chez les deux sexes, ces troubles évoluent fréquemment en trouble du désir sexuel, voire en aversion sexuelle [16]BeginNoIndex

[16] Ceci correspond au fait d'éviter toute tentative de...

EndNoIndex.

**field: Inter5Le mode d'excitation sexuelle mécaniquefield:**

**31**

Ce mode d'excitation sexuelle est appelé « mécanique » en raison du mouvement rapide et mécanique fait de façon précise sur les organes génitaux. Cette stimulation rapide est nécessaire pour faire augmenter l'excitation sexuelle jusqu'au point de non-retour. Contrairement au mode archaïque qui implique les récepteurs profonds, le mode mécanique implique les récepteurs externes de la sensibilité superficielle. Ces récepteurs sont souvent stimulés par des frottements ou touchers légers.

**32**

Le mode mécanique est le mode d'excitation sexuelle le plus fréquemment utilisé par les hommes et les femmes. Les hommes qui utilisent ce mode s'excitent habituellement avec un mouvement rapide et constant d'une main placée en fourreau autour du pénis. Chez la femme, c'est la stimulation rapide et continue de sa vulve, le plus souvent près de son clitoris, qui l'amène à la décharge orgastique. L'excitation sexuelle monte rapidement et la décharge orgastique survient habituellement en peu de temps, soit de l'ordre d'une minute ou deux.

**33**

En ce qui a trait aux lois du corps, on retrouve un rythme de stimulation rapide et souvent soutenu, une tendance presque généralisée à entrer dans des réactions d'hypertonie (particulièrement dans les grands muscles du dos, du ventre, des fesses et des cuisses), une utilisation de l'espace de plus en plus réduite à mesure que l'excitation sexuelle monte accompagnée d'une respiration qui s'effectue au niveau du thorax (haut du torse) et qui est bloquée par moments. C'est souvent la main qui provoque la stimulation sur le sexe et le reste du corps fait très peu de mouvements.

**34**

Le mode d'excitation sexuelle mécanique permet d'obtenir une décharge orgastique, mais ce mode reste limitatif, puisque le champ de conscience se réduit en fait aux sensations de la zone qui est stimulée. De la même façon que pour le mode d'excitation sexuelle archaïque, il est impossible pour la personne qui utilise un mode mécanique d'entrer dans de grandes perceptions de volupté ou de plaisir sexuel pendant la montée de l'excitation sexuelle, puisque le corps est généralement figé et tendu. Une grande concentration est nécessaire à la montée de l'excitation sexuelle, et la décharge orgastique est souvent accueillie comme un soulagement et non comme un orgasme [17]BeginNoIndex

[17] L'orgasme fait référence à la décharge génitale (réactions...

EndNoIndex. En effet, la montée de l'excitation sexuelle est souvent vécue dans un inconfort corporel, requérant beaucoup de rigidité musculaire et d'efforts, la respiration

étant souvent bloquée. C'est le relâchement de cette tension et de cette concentration, ainsi que la reprise de la respiration, qui provoquent le soulagement.

**35**

Ce mode étant limitatif, il entraîne certaines difficultés sexuelles. La plupart du temps, les femmes qui utilisent un mode mécanique ne ressentent pas de désir de pénétration, puisque seuls les récepteurs externes du clitoris sont sollicités. Cela ne favorise en effet pas les perceptions internes liées à l'excitation vaginale, ni le désir coïtal qui en découle [18]BeginNoIndex

[18] Il est à noter que le vagin n'est pas excitable par...

EndNoIndex.

**36**

Lors de la pénétration, l'homme aura tendance à reproduire le type de stimulation rapide obtenue avec sa main (par des mouvements de « va et vient »), à avoir ainsi des difficultés à prolonger son excitation sexuelle, et donc tendance à éjaculer rapidement [19]BeginNoIndex

[19] Ceci pour deux raisons : ayant le dos relativement...

EndNoIndex. Avec l'âge, on observe aussi classiquement dans ce mode des difficultés à maintenir une érection lors de la pénétration, puisque l'organe vieillissant nécessite plus de stimulations pour maintenir sa vasocongestion et que cet affaiblissement ne peut souvent pas être compensé par un enrichissement de l'imaginaire.

**37**

On peut par ailleurs postuler que les comportements de certains, consistant à augmenter les sources d'excitation sexuelle par tous les moyens (échangisme, triolisme, sado-masochisme, etc.), trouvent ici aussi une part de leur origine.

**field: Inter5Le mode d'excitation sexuelle archaïco-mécaniquefield:**

**38**

On peut aussi observer une façon de s'exciter à mi-chemin entre les modes d'excitation sexuelle archaïque et mécanique. C'est le mode archaïco-mécanique qui fait appel aux deux systèmes de récepteurs, à la fois les récepteurs profonds (par les pressions et les contractions) et les récepteurs superficiels (par les stimulations de type frottements). En d'autres mots, dans l'auto-érotisme, l'homme ou la femme exerce des pressions et des frottements concomitants de façon énergique (c'est-à-dire avec une forte pression) sur les organes génitaux.

**39**

Dans cette même catégorie, on retrouve aussi le mode d'excitation sexuelle qu'on appelle « en courant continu » qui consiste à s'exciter au niveau génital par le jet d'eau d'une douche ou avec un vibreur. Ces manières de s'exciter comportent les mêmes limites et les troubles sexuels rencontrés sont relativement semblables à ceux décrits dans les modes archaïque et mécanique.

**field: Inter5Le mode d'excitation sexuelle ondulatoirefield:**

**40**

Dans ce mode, la personne vit son excitation sexuelle dans un corps fluide et confortable, en faisant des mouvements amples sans se raidir, elle a alors accès à des sources de plaisir et de volupté sexuelle [20]BeginNoIndex

[20] La volupté sexuelle est la capacité de ressentir du...

EndNoIndex. Cependant, elle reste dans l'impossibilité de parvenir à la décharge orgasmique, car elle n'arrive pas à faire monter son excitation sexuelle suffisamment pour atteindre le point de non-retour. Grâce aux mouvements fluides, ondulatoires et harmonieux, l'excitation sexuelle est diffusée dans l'ensemble du corps. Cette diffusion qui s'exprime au travers de mouvements corporels allant librement dans toutes les directions, peut rendre difficile la canalisation vers l'orgasme. La difficulté principale à laquelle est

confrontée la personne qui utilise exclusivement le mode ondulatoire peut se traduire par une incapacité à arriver à une décharge orgasmique.

**41**

Cependant, grâce à cette habileté de diffusion sexuelle, la personne peut avoir accès au plaisir et à la volupté sexuels. La montée de l'excitation sexuelle est vécue dans un confort corporel et elle ne nécessite pas une grande concentration. La personne peut donc laisser aller son imagination au gré de ses fantaisies.

**42**

Au niveau de l'utilisation des lois du corps, les rythmes varient de lents à rapides, le tonus musculaire varie de faible à puissant, les mouvements sont souvent amples, souples et ondulatoires, et finalement, la respiration se fait de manière profonde et confortable. On voit donc qu'à ce niveau (lois du corps), l'étendue de la gamme des possibilités est beaucoup plus large que dans les trois modes précédents.

**field: Inter5Le mode d'excitation sexuelle en vaguesfield:**

**43**

Le mode d'excitation sexuelle en vagues consiste en la stimulation de récepteurs internes et externes en utilisant le corps dans sa globalité dans une « double bascule » réflexe. Cela est rendu possible par des mouvements du bassin qui bascule d'avant en arrière, en y associant les épaules qui se voûtent vers l'avant lorsque le bassin est basculé en avant et qui reviennent vers l'arrière lorsque le bassin est lui aussi projeté en arrière. Ce phénomène réflexe est présent chez l'être humain dès la naissance et il s'effectue spontanément, aussi lorsqu'une personne éclate de rire, tousse, pleure en sanglotant, ou dans toutes autres situations d'expulsion (Reich, 1927). Cette double bascule, réflexe au début, va prendre une plus grande ampleur par les apprentissages.

**44**

Au niveau de l'utilisation des lois du corps, on retrouve des mouvements dont l'amplitude varie d'ample à réduite (espace), des rythmes de rapides à lents (temps), ainsi que des tensions musculaires qui vont de la forte à la faible tonicité (intensité). Dans ce mode, la mouvance souple, mais pouvant être tonique, du bassin et des épaules permet d'avoir accès au plaisir sexuel associé à la montée de l'excitation sexuelle. La personne qui utilise ce mode d'excitation sexuelle peut moduler son excitation sexuelle en étant capable de la diffuser et de la canaliser, afin de lâcher prise dans une double bascule (du bassin et des épaules) amenant l'orgasme.

**45**

Ce qui change fondamentalement dans ce mode par rapport au précédent, est que les mouvements se font dans l'axe du corps. Les modulations de l'excitation sexuelle se font en vagues successives et les variations produisent la montée progressive de l'excitation sexuelle. Comme par un phénomène de résonance, les vagues d'excitation sexuelle sont de plus en plus fortes et facilitent, par la bascule du haut, la perception de plaisir sexuel, menant progressivement jusqu'à l'orgasme final.

**46**

Il est impératif ici d'expliquer plus en détails la différence entre la décharge orgasmique et la décharge physiologique. La décharge orgasmique renvoie à une décharge physiologique faisant référence aux spasmes involontaires des muscles entourant les parties génitales et certaines parties du corps lorsque l'excitation sexuelle atteint son point maximal (Masters et Johnson, 1966). On l'appelle aussi orgaste.

**47**

La décharge orgasmique fait référence à ce qu'on appelle le double lâcher-prise, génital et émotionnel.

**48**

On observe tout d'abord un lâcher-prise génital par la bascule du bassin vers l'avant. Cette bascule sert à renforcer l'excitation sexuelle et à la canaliser vers les organes

génitaux à partir de l'ensemble du corps. Puis, on trouve un lâcher-prise émotionnel, par la bascule du haut du corps (tête partant librement vers l'arrière et épaules projetées vers l'avant), qui permet la perception de plaisir sexuel et de jouissance accompagnant la décharge physiologique. C'est l'association harmonieuse de ces deux composantes que l'on appelle « orgasme ».

49

Le mode archaïque et le mode mécanique permettent d'obtenir une décharge orgasmique, alors que le mode en vagues aboutit à une décharge orgasmique. En termes de santé sexuelle, le mode en vagues offre la possibilité à tout homme et toute femme de parvenir à l'orgasme par auto-stimulation, mais aussi à l'orgasme coïtal, puisqu'il y a association de la fonction d'excitation sexuelle et de la fonction de plaisir sexuel. De plus, c'est un mode qui ouvre la porte au développement du désir sexuel coïtal [21]BeginNoIndex

[21] Désir sexuel coïtal : c'est un désir sexuel impliquant...

EndNoIndex chez la femme en permettant un plus grand champ de conscience, un éveil à la sensibilité vaginale et ainsi la conscientisation de son creux interne. Chez l'homme, ce mode permet aussi de renforcer ses assises corporelles liées à la pénétrance [22]BeginNoIndex

[22] La pénétrance fait référence au désir de pénétration,...

EndNoIndex, par le mouvement du bassin qu'il implique.

50

L'évaluation attentive de la fonction d'excitation sexuelle est capitale, car cette fonction conditionne fortement la qualité de l'excitation sexuelle et du plaisir sexuel ressenti lors des activités sexuelles. Une bonne évaluation qui tient compte du mode d'excitation sexuelle permet la plupart du temps de comprendre simplement la source d'une difficulté sexuelle et de savoir comment, par des apprentissages appropriés, modifier la façon dont les hommes et les femmes gèrent leur excitation sexuelle. Ainsi l'amélioration de la qualité de leur vie sexuelle est aussi possible.

**field: Inter4Les composantes sexodynamiquesfield:**

**field: Inter5Le sentiment d'appartenance à son sexe biologique. Les archétypes sexuels[23]BeginNoIndex**

[23] Les archétypes sexuels sont des éléments programmés...

EndNoIndex (4)field:

51

En termes de santé sexuelle, on dira qu'une personne est bien ancrée dans son sentiment d'appartenance à son sexe biologique, si elle a pu intégrer et investir son archétype sexuel.

52

L'archétype sexuel masculin renvoie à la capacité d'érotiser son intrusivité sexuelle (érotisation phallique). Lorsqu'un homme est intrusif sexuellement, il désirera pénétrer sa partenaire et il en retirera excitation et plaisir sexuel.

53

L'archétype sexuel féminin renvoie à la capacité d'érotiser sa réceptivité sexuelle (érotisation des creux). En étant réceptive sexuellement, la femme désirera la pénétration pour « remplir » son creux vaginal et, de la même façon que pour l'homme, elle en retirera beaucoup d'excitation et de plaisir sexuel. En termes de complémentarité érotique, l'homme et la femme bien ancrés dans leurs archétypes respectifs auront accès au désir sexuel coïtal.

**field: Inter5Les stéréotypes sexuels (5)field:**

54

Toujours en lien avec la santé sexuelle et le sentiment d'appartenance à son sexe, l'homme et la femme doivent avoir développé un minimum d'adaptation aux stéréotypes sociaux et culturels, relatifs au masculin et au féminin (manière de bouger, de s'habiller

lorsqu'on est homme ou femme). Evidemment, en termes de santé, cela devrait se faire en congruence avec le sexe anatomique.

**field: Inter5La fonction de plaisir sexuel (6)field:**

**55**

En raison de l'unicité fondamentale « corps-cerveau/cerveau-corps », l'amélioration de la fonction d'excitation sexuelle va se répercuter directement sur les fonctions de plaisir sexuel, de jouissance sexuelle et d'orgasme. Ainsi, tous les hommes, femmes ou couples qui viennent consulter rêvent de volupté, il s'agit d'un rêve quasi universel. Mais peut-on accéder à la volupté sans faire l'apprentissage de la diffusion de l'excitation sexuelle ? Il en va de même pour les rêves d'orgasmes. Peut-on parvenir à l'orgasme sans canalisation de l'excitation sexuelle au niveau des organes génitaux et sans lâcher-prise aux décharges génitales et émotionnelles ? Les habiletés corporelles énumérées dans le tableau I permettent de mieux comprendre les compétences à développer pour accéder à un meilleur fonctionnement sexuel. Ainsi, nous verrons la répercussion des habiletés sexuelles (citées dans la partie gauche) sur la perception du plaisir sexuel (dans la partie droite).

**Tableau I - Rapport explicite – implicite**

Diffusion sexuelle par la fluidité

?

Volupté

Canalisation sexuelle par la double bascule réflexe

?

Montée de la jouissance

Lâcher-prise du bas par la bascule du bassin

?

Abandon au plaisir sexuel génital

Lâcher-prise du haut par la bascule du haut du corps

?

Abandon au plaisir sexuel émotionnel

Double lâcher-prise (génital et du haut)

Plaisir génital et émotionnel

?

?

Orgasme

**56**

En matière de plaisir sexuel, on parle de santé lorsqu'une personne est capable de volupté sexuelle, d'augmentation de son niveau de jouissance, d'abandon et de décharges émotionnelle et génitale. On parlera également de santé, lorsqu'il y a une association entre les perceptions agréables et le réflexe d'excitation sexuelle.

**57**

En ordre de causalité directe, les habiletés liées au développement de la fonction d'excitation sexuelle vont déboucher sur la capacité de la personne à vivre le plaisir sexuel, la volupté et l'orgasme. La jouissance sexuelle nécessite des apprentissages liés à

la fonction d'excitation sexuelle. Comme nous l'avons vu dans la partie portant sur les modes d'excitation sexuelle, une personne peut vivre une montée d'excitation sexuelle et une décharge orgasmique sans nécessairement vivre de la volupté et du plaisir sexuel.

**58**

Nous tenons tout de suite à souligner que les cognitions (composantes que nous verrons ultérieurement) peuvent aussi avoir un effet inhibiteur ou amplificateur sur la fonction de plaisir sexuel et, à la limite, sur la fonction d'excitation sexuelle elle-même. Prenons l'exemple d'une personne qui aurait une idéologie n'autorisant pas la mise en place d'apprentissages nécessaires pour ressentir du plaisir ou de la jouissance sexuelle en les associant à quelque chose d'interdit, voire de vulgaire. Dans la logique de son système de pensée, cette personne ne s'autorisera pas à faire ces apprentissages essentiels, puisqu'elle ne voudra pas s'associer à la vulgarité. Un travail d'ordre cognitif peut alors s'avérer nécessaire pour permettre une adhésion émotionnelle et cognitive au plan de traitement. A l'opposé, une personne ayant une grande souplesse cognitive aura beaucoup plus de facilité à adhérer au projet thérapeutique.

**field: Inter5L'iminaire sexuel (7)field:**

**59**

L'iminaire sexuel est une composante sexodynamique importante, puisqu'il est très révélateur des codifications sexuelles que fait une personne au niveau de ses mentalisations. En effet, lorsqu'il existe, il représente une visualisation à l'interne de ce que l'on peut observer à l'externe. On y retrouve par exemple un contenu et/ou un scénario à connotation intrusive ou réceptive, parfois neutre. La personne s'y vit comme agent, comme sujet ou encore comme témoin.

**60**

De manière générale, l'iminaire sexuel représente tout ce qu'une personne est capable de rêver ou de scénariser ayant pour effet de déclencher l'excitation sexuelle. L'iminaire sexuel peut donc être une source d'excitation sexuelle élaborée importante. Très souvent aussi, c'est l'excitation sexuelle déclenchée par d'autres sources (toucher, vue, etc.) qui va provoquer un afflux d'images et de scénarios à connotation sexuelle.

**61**

Le niveau de santé se mesurera en fonction de la richesse des scénarios qu'une personne met en place, en relation avec sa masculinité ou sa féminité. Il est important de souligner que l'iminaire érotique, qui est une mentalisation, est intimement lié au vécu corporel explicite. Ainsi, il sera difficile ou même impossible pour un homme de spontanément s'imaginer pénétrant s'il n'associe jamais (dans la masturbation ou dans le coït) des mouvements de bassin congruents avec cet imaginaire intrusif. Il s'agit, là encore, de l'expression de l'unicité « corps-cerveau/cerveau-corps ».

**field: Inter5Le désir sexuel (8)field:**

**62**

Le désir sexuel est une anticipation mentale positive susceptible d'éveiller le réflexe d'excitation sexuelle. En termes de santé sexuelle, il est possible de décomposer le désir sexuel en quatre éléments constitutifs.

**field: Inter5L'identification des points de repère corporelsfield:**

**63**

Puisqu'il est question ici du désir sexuel, cela fait nécessairement référence à la naissance du réflexe d'excitation sexuelle. En effet, il existe plusieurs types de désir (désir amoureux, désir d'enfant, désir de fusion), mais ce qui différencie le désir sexuel des autres formes de désir, ce sont les points de repère à l'excitation sexuelle qui sont ressentis dans le corps. Par exemple, pour qu'une femme puisse ressentir du désir sexuel, elle doit repérer dans son bas-ventre ou dans ses organes génitaux externes des signaux d'excitation sexuelle. C'est à partir de ces signaux corporels qu'elle pourra ressentir un désir de

contacts sexuels et/ou de pénétration. L'identification de ces points de repère au corps est donc une composante essentielle du désir sexuel.

**field: Inter5L'érotisation de la différencefield:**

**64**

L'érotisation de la différence morphologique découle en premier lieu de la capacité à devenir sexuellement excité par la différence morphologique de l'autre sexe. En termes de santé sexuelle, une personne ayant bien investi ses organes génitaux par la conscientisation de points de repère dans l'excitation sexuelle, sera en général intéressée par la différence justement complémentaire à ce niveau. Par exemple, un homme qui a érotisé son intrusivité phallique sera à la recherche de creux à pénétrer. De même, une femme qui a investi et érotisé son creux vaginal, sa réceptivité vaginale, convoitera le sexe d'un homme pénétrant en elle.

**65**

L'érotisation de la différence fait également référence à un registre beaucoup plus large de différences qui peuvent se retrouver entre deux partenaires. Dans une relation amoureuse à long terme, il arrive parfois que les différences de l'autre deviennent dérangeantes. Dans certains cas, cela peut même aller jusqu'à une hostilisation des différences de l'autre. On est alors bien loin de l'érotisation, et le désir sexuel s'en trouve nécessairement affecté. L'érotisation de la différence morphologique et psychologique est donc une composante essentielle au désir sexuel en santé.

**field: Inter5L'érotisation de la distancefield:**

**66**

L'érotisation de la distance fait appel à la capacité de vivre confortablement une distance avec l'autre et de pouvoir ainsi se laisser aller à des rêveries ou des pensées érotiques concernant son retour. Pour certaines personnes qui recherchent davantage la fusion avec l'autre, la distance peut être vécue dans une grande insécurité et être une source d'angoisse importante. Par exemple, un homme qu'on dit jaloux est incapable d'érotiser la distance puisqu'elle correspond pour lui à une possible trahison, voire à un abandon. Toute distance réelle ou psychologique l'angoisse et on découvre habituellement chez lui un fond fusionnel. La distance est alors vécue dans l'inquiétude et l'insécurité, ce qui enrayer toute possibilité d'émergence du désir sexuel. Chez ces personnes dites fusionnelles, il y a souvent confusion entre les besoins de fusion et les besoins sexuels. Le désir fusionnel répond d'abord à un besoin de réconfort et de sécurité, tandis que le désir sexuel fait appel à des besoins sexuels de décharge et de plaisir sexuel.

**67**

L'Approche sexocorporelle nous permet de bien situer la personne sur le continuum « individuation-fusion ». C'est l'équilibre entre ces deux pôles qui permettra la naissance et le développement du désir sexuel.

**field: Inter5L'attractivité sexuellefield:**

**68**

Une condition incontournable au désir sexuel est que la personne retrouve chez son/sa partenaire des éléments qui correspondent à ses codes d'attraction sexuelle, c'est-à-dire des éléments qui sont susceptibles de l'attirer sur le plan sexuel. Si une personne se retrouve face à une autre personne qui ne correspond en aucun point à ses codes d'attraction sexuelle, son désir sexuel risque de s'en trouver sérieusement affecté, voire annulé complètement. Nous verrons plus en détails dans la prochaine partie ce que sont les codes d'attraction sexuelle.

**69**

Si nous résumons les différents éléments ayant une influence directe sur le désir sexuel, nous avons vu, à partir des points de repère corporels de l'excitation sexuelle, que l'individu peut investir érotiquement la différence morphologique qui lui est complémentaire. Par la suite, la capacité à érotiser la distance permet à cet individu de

prendre suffisamment d'espace, réel ou symbolique, pour pouvoir objectiver [24]BeginNoIndex

[24] Objectiver : analyser objectivement, effectuer une...

EndNoIndex l'autre ou le rêver en son absence. Enfin, si la personne correspond en partie aux codes d'attraction sexuelle déjà en place, rêver l'autre érotiquement débouche habituellement sur un désir de rapprochement sexuel.

**field: Inter5Les codes d'attraction sexuelle (9)field:**

**70**

Les codes d'attraction sexuelle ont pour effet de déclencher le réflexe d'excitation sexuelle. En ce sens, ils constituent une source importante d'excitation sexuelle.

**71**

En termes de santé sexuelle, le registre des codes d'attraction doit être suffisamment varié pour permettre à une personne de se situer à la fois dans le sentimental et dans le génital, c'est-à-dire être capable d'érotiser l'intimité affective et génitale.

**72**

Ce registre peut cependant être réduit ou très limité, ce qui peut conduire une personne à se sentir excessivement démunie dans sa vie sexuelle. Pensons par exemple aux personnes qui consultent parce qu'elles n'arrivent pas à érotiser l'autre sexe et se croient dans une « orientation homosexuelle », ce qui les perturbe (homosexualité égodystonique). Ce sont souvent des personnes qui ont le désir de fonder une famille et qui se trouvent devant une impasse, puisqu'elles n'arrivent pas à érotiser et à désirer sexuellement l'autre sexe. Pensons également aux personnes, dites « fétichistes », qui ne peuvent être excitées qu'en présence d'un objet particulier (des bottes par exemple) ou par un seul scénario rituel précis (érotisation de la domination ou de la soumission). Dans ces deux exemples, le registre d'attraction sexuelle est limitatif. Notons qu'une sexothérapie par l'Approche sexocorporelle permet assez rapidement d'élargir ce registre (ceci par des interventions sexuelles spécifiques) et d'acquérir la capacité à érotiser l'autre sexe sans artifice.

**field: Inter5L'assertivité sexuelle (10)field:**

**73**

L'assertivité sexuelle est la capacité de se poser dans sa féminité pour les femmes et dans sa masculinité pour les hommes. En termes de santé sexuelle, cela correspond à deux habiletés essentielles : narcissisme et exhibitionnisme [25]BeginNoIndex

[25] Narcissisme et exhibitionnisme sont présentés ici en...

EndNoIndex. Le narcissisme renvoie à la capacité à se regarder avec fierté, à se trouver beau/ belle et à tenir compte de ses lignes de forces. L'exhibitionnisme renvoie à la capacité à se montrer, en tant qu'homme ou en tant que femme, avec fierté et assurance.

**74**

L'assertivité sexuelle contribue grandement à faire naître et se renforcer le sentiment d'appartenance à son sexe biologique.

**field: Inter5L'agressivité sexuelle (11)field:**

**75**

Dans l'Approche sexocorporelle, l'agressivité sexuelle ne fait pas référence à la « violence sexuelle ». En termes de santé sexuelle, l'agressivité sexuelle, renvoie plutôt à la capacité à utiliser une intensité émotionnelle dans l'expression de ses rêves sexuels, de ses codes d'attraction sexuelle, ainsi que dans son agir érotique, le tout en relation avec ses besoins sexuels.

**field: Inter4Les composantes cognitives (12)field:**

**76**

En ce qui concerne les composantes cognitives, on parlera de santé sexuelle lorsqu'une personne possède un minimum de connaissances exactes sur la sexualité et qu'elle

fonctionne dans un système de pensée qui lui donne la liberté de pouvoir faire des apprentissages érotiques sans se sentir bloquée, inhibée ou culpabilisée.

**77**

Parmi ces composantes, nous trouvons les connaissances de base sur la vie sexuelle et son évolution dans la sexualité humaine, les idéologies, les systèmes de valeur et normatifs concernant le sexe, etc.

**field: Inter4Les composantes relationnelles (13)field:**

**78**

Les composantes relationnelles font référence aux différentes habiletés érotiques développées au sein du couple. On y retrouve la séduction, la communication et les différentes compétences dans l'agir érotique du couple.

**79**

Il y a santé sexuelle lorsque les partenaires possèdent certaines compétences érotiques, qu'ils arrivent à se séduire mutuellement et qu'ils parviennent à communiquer érotiquement de façon adéquate. De plus, la capacité d'alterner entre des mouvements de fusion et d'individuation avec l'autre fait également partie des critères de santé sexuelle du couple.

**field: Inter2Modèle de développement sexuelfield:**

**80**

Lorsqu'il est question du développement de l'intelligence, de l'affectivité, de la socialisation, de la santé mentale et autres, plusieurs modèles ont été élaborés. Pensons par exemple au modèle de développement de l'intelligence élaboré par Piaget. Mais qu'en est-il du développement sexuel ? Existe-t-il un modèle de développement sexuel sur lequel on pourrait se baser afin d'évaluer la santé sexuelle de nos patients adultes, mais aussi des enfants, puis des adolescents (qu'ils ont aussi été) ? A notre connaissance, ce modèle n'existe pas encore, ceci pour différentes raisons d'ordre moral, culturel, mais également à cause de lacunes importantes en ce qui a trait à la connaissance réelle de la sexualité humaine dans ses différentes composantes.

**81**

Au travers des époques, quelques modèles de développement sexuel ont cependant été présentés. Le plus répandu est celui élaboré par l'approche psychanalytique, définissant différents stades de développement psychologique (oral, anal, phallique, etc.) comme sexuels. Il est aujourd'hui possible de constater que ces différents stades se retrouvent effectivement dans le développement de l'enfant, mais qu'ils n'ont pas de lien direct avec le développement sexuel de ce dernier.

**82**

En effet, il est indéniable que le tout jeune bébé manifestera un besoin au niveau oral, portant par exemple tous les objets qu'il trouve à sa bouche. Mais il n'a jamais été démontré que le réflexe d'excitation sexuelle est déclenché à chaque fois que le bébé porte un objet à sa bouche. De la même façon, aucune observation ne démontre de façon systématique que l'enfant ressent une excitation sexuelle lorsqu'il exerce un contrôle volontaire sur son sphincter anal. Lorsqu'on parle de développement sexuel, il est important de se rappeler que l'on fait nécessairement référence à la fonction d'excitation sexuelle et à la manifestation du réflexe d'excitation sexuelle qui est le cœur même de la sexualité de tout homme et toute femme, faute de quoi il y a beaucoup de risque de confusion et d'aberration.

**83**

Nous présentons ici quelques éléments du modèle de développement sexuel proposé par l'Approche sexocorporelle.

**84**

Il a été possible d'observer le phénomène de la vasocongestion génitale sur des foetus *in utero* et chez de tous jeunes bébés. Donc, sans aucun doute, c'est à partir du réflexe

d'excitation sexuelle, déjà en place très précocement, que se fait le développement sexuel. Au départ, il s'agit d'une réaction réflexe qui ne fait aucunement référence à une quelconque intention, ni symbolisation érotique de la part du bébé. En effet, la capacité de symbolisation n'arrive que beaucoup plus tard dans le développement de l'enfant.

**85**

Dans la littérature, notamment la littérature pédiatrique, mais déjà chez Kinsey *et al.*, (1948, 1953), nous trouvons plusieurs observations descriptives montrant que le développement sexuel suit les mêmes lois que le développement de la santé physique et mentale et celui de l'intelligence, tel que détaillé par Piaget. Deux exemples de telles observations citées dans la littérature à propos des découvertes touchant les appropriations génitales chez les enfants nous paraissent particulièrement importants. Il est bien entendu aussi assez aisément possible aux parents de faire les mêmes constatations dans l'observation directe de leurs enfants. Par ailleurs, nos souvenirs d'enfance peuvent aussi être d'utiles points de repère.

**86**

La première observation est faite très précocement, c'est-à-dire à quelques mois de vie déjà et s'observe chez les enfants lors de jeux de rythmes et de tensions musculaires faisant naître le réflexe d'excitation sexuelle (Fleisher et Morrison, 1990 ; Kinsey *et al.*, 1948, p. 177, p. 509 ; Kinsey *et al.*, 1953, pp. 105-107, p. 161 ; Money, 1996). Ces auteurs décrivent des bébés ou de jeunes enfants, plus souvent de sexe féminin, s'adonnant à des contractions rythmiques de leur musculature pelvienne et de leurs cuisses, ainsi qu'à des pressions dans la région des organes génitaux et du bas abdomen [26]BeginNoIndex

[26] Ceci sera décrit en détails dans un article encore...

EndNoIndex. L'article de Fleisher et Morrison est particulièrement intéressant, dans la mesure où il présente des photographies très illustratives.

**87**

Comme nous l'avons évoqué plus haut, ces observations sont en fait celles de l'exercice du mode d'excitation sexuel archaïque chez le tout petit. Ces jeux de rythmes et de tensions musculaires ne sont sans aucun doute pas accompagnés de fantasmes ou de mentalisations érotiques, puisqu'un enfant aussi jeune n'a pas encore accès à la capacité de symbolisation. D'ailleurs, même à l'âge adulte, le mode archaïque ne nécessite aucune mentalisation érotique pour la montée et la décharge de l'excitation sexuelle.

**88**

La deuxième observation, qui a aussi été rapportée par beaucoup d'hommes et de femmes adultes, concerne des activités de découvertes sexuelles faites vers l'âge de 7 à 11 ans, seul ou en groupe. Si on se réfère à l'approche psychanalytique, cette période est associée à une période de latence du point de vue sexuel. En fait, ces découvertes entre enfants renvoient davantage à une socialisation et au développement du sentiment d'appartenance à son sexe biologique. La plupart du temps, ces comportements demeurent cachés par les enfants aux adultes, puisqu'ils sont souvent réprimés et découragés par ceux-ci. De plus, puisque ces comportements sont rarement évalués par les thérapeutes, ils passent souvent inaperçus (voir par exemple un point de vue critique à propos de la période de latence : White, 1960, pp. 127-133).

**89**

Comme pour tout autre processus d'apprentissage, il est à noter que tout le développement sexuel passe par des explorations et des consolidations successives. Dans ce sens, nous considérons aussi que le retour à des stades antérieurs du développement, qu'ils soient génitaux ou non, constitue une consolidation des habiletés de ce stade, et non une régression. C'est par la répétition d'un geste qui apporte une sensation de satisfaction et de plaisir de plus en plus grand que la consolidation s'effectue. Cette consolidation se fait sur le plan explicite et implicite. On peut l'illustrer par exemple par le mot « baiser », communément appelé « French Kiss », qui fait aussi référence à

l'acte sexuel. Ceci tient au fait que le baiser « profond » est non seulement un geste stimulant des capteurs internes à la bouche et à la langue, pouvant en soi être une stimulation sexuelle efficace, mais aussi un acte symbolique de pénétration active d'un corps par l'autre, renvoyant implicitement au coït.

90

Pour les besoins de cet article, nous ne ferons pas ici l'élaboration complète d'un modèle de développement sexuel. Nous tenions quand même à informer le lecteur de cette réalité et du manque regrettable d'informations objectives sur le développement sexuel qui commence dès les premiers mois de vie. Peut-être qu'en étant davantage informés et accompagnés dans leur développement sexuel [27]BeginNoIndex

[27] Il ne s'agit bien entendu pas que parents et personnes...

EndNoIndex, les enfants et adolescent(e)s auraient plus de chance de parvenir à la vie adulte en ayant une santé et une fonctionnalité sexuelles, plutôt qu'une santé sexuelle limitative.

**field: Inter1L'importance de distinguer le modèle de santé sexuelle du modèle de la santé mentale en cliniquefield:**

91

Les stratégies et les moyens mis en place dans la pratique sexoclinique via l'Approche sexocorporelle se sont révélés d'une exceptionnelle efficacité pour améliorer la santé sexuelle de nos patients et patientes. En effet, après une brève évaluation de leur état de santé mentale, notre expérience et surtout nos évaluations sexocliniques nous ont permis de comprendre et d'aider efficacement des hommes et des femmes adultes qui étaient restés fixés, dans leur développement sexuel, à des modes d'excitation sexuelle et à un imaginaire peu favorable au coït. Par exemple, le manque ou l'absence de désir sexuel coïtal apparaît comme la principale difficulté rencontrée chez les femmes et chez un nombre important d'hommes qui consultent. Comme on l'a vu dans le modèle de santé sexuelle, le désir est en interrelation avec plusieurs composantes physiologiques et sexodynamiques. Une évaluation juste et précise de chacune de ces composantes est essentielle à l'élaboration d'un diagnostic basé sur la réalité de la personne qui consulte, et à l'élaboration d'un plan de traitement efficace.

92

L'intervention sexoclinique visant à une évolution ou à un élargissement du mode d'excitation sexuelle de nos patients en relation avec leur imaginaire, leurs codes d'attraction sexuelle et leur sentiment d'appartenance s'est avérée très efficace. Cela leur a permis de régler non seulement leur difficulté sexuelle, mais souvent également des problèmes à la fois personnels et relationnels qui, au départ, leur semblaient insolubles [28]BeginNoIndex

[28] Par exemple, la situation suivante s'est présentée en...

EndNoIndex. En effet, les causes directes qui provoquaient leur problème sexuel (par exemple, un mode d'excitation sexuelle archaïque) n'avaient souvent pas été repérées dans des évaluations antérieures, tout simplement par manque de connaissances de la fonction d'excitation sexuelle. Mais pourquoi passe-t-on si facilement à côté de telles évidences ? Parce que sans doute, on ne tient trop souvent pas compte des causes directes des dysfonctions sexuelles. De là vient toute la pertinence de faire la distinction entre les ordres de causalités directes et indirectes.

**field: Inter2Causalité directe, causalité indirectefield:**

93

Lors de toute évaluation clinique, on cherche à trouver le lien de causalité directe, afin de travailler sur l'aspect le plus pertinent pour aider une personne qui consulte à régler ce qui lui pose problème. Or, dans l'ignorance de ce lien de causalité directe avec la fonction d'excitation sexuelle, on peut, trop souvent, en arriver à accorder une importance primordiale et même unique à des causalités qui, pour intéressantes qu'elles soient, n'en

demeurent pas moins indirectes. Par exemple, lorsque l'on attribue une difficulté sexuelle à un trouble relationnel, une mauvaise communication entre les partenaires, des influences parentales négatives, des expériences sexuelles difficiles dans l'enfance, des contacts sexuels inappropriés, etc., il est assez rare que l'on ait identifié le problème principal !

**94**

Bien entendu, nous prenons en compte tous ces éléments lors de l'évaluation sexologique, puisqu'ils font partie des causalités indirectes. Nous ne nions pas qu'ils puissent influencer le vécu sexuel d'une personne. Mais ils ne sont, le plus souvent, pas la cause principale de la difficulté sexuelle qui est rencontrée. Or, jusqu'à présent, même parmi les sexologues, ces éléments, que nous appelons causalités indirectes, sont souvent présentés comme causes principales des difficultés sexuelles. Les traitements sexologiques se font alors malheureusement à partir d'une évaluation à laquelle manque l'élément central : l'évaluation de la fonction d'excitation sexuelle.

**95**

Chacun sait que la multiplication des facteurs explicatifs à un problème quel qu'il soit nous amène presque toujours à trouver plusieurs hypothèses explicatives séduisantes. Elles ne sont cependant pas obligatoirement en lien direct avec le problème de base. Lorsque l'évaluation est faite à partir d'un modèle de santé sexuelle comme celui présenté dans l'Approche sexocorporelle, les ordres de causalité directe vont apparaître clairement, puisque la fonction d'excitation sexuelle (mode d'excitation sexuelle, source d'excitation sexuelle et courbe d'excitation sexuelle) est évaluée. Comme déjà dit, l'évaluation prend également en compte tous les liens de causalités indirectes, puisqu'ils peuvent bien sûr avoir aussi leur importance.

**96**

Que penserait-on d'un cardiologue qui reçoit un patient pour un problème cardiaque et qui ne s'intéresserait qu'aux causalités indirectes sans investiguer la fonction cardiaque elle-même ? Ainsi, il évaluerait les facteurs psychosomatiques en recherchant les facteurs de stress, de conflits, d'angoisses, des difficultés face à l'agressivité et toutes autres choses fort intéressantes au demeurant. Mais tout de même, ne serait-il pas plus efficace et plus bénéfique pour le patient qu'il se préoccupe également de l'état de santé de son cœur : bat-il régulièrement, à quel rythme, l'électrocardiogramme montre-t-il des signes d'autres troubles, etc. ?

**97**

Cet exemple illustre pourtant bien ce qui est fait trop régulièrement en sexologie clinique : on investigate toutes les causalités indirectes liées à l'historique du trouble, au milieu, à l'interaction avec les parents, avec le conjoint, les éventuelles angoisses, le rapport à l'agressivité, etc. Certes, au niveau de la sexualité, on recherche d'éventuelles causes somatiques au trouble, mais sans trop s'occuper de savoir comment le patient a appris à gérer son excitation sexuelle, quel(s) mode(s) d'excitation sexuelle il utilise, quels sont les contenus de son imaginaire sexuel, quel est le registre de ses codes d'attraction sexuelle, comment il a développé et renforcé son sentiment d'appartenance. Pourtant, c'est bien de là que, la plupart du temps, sa difficulté a pris naissance, et de là que partent également les avenues qui mèneront à la santé sexuelle.

**98**

Il nous paraît important de documenter ces affirmations par un exemple clinique malheureux, qui se produit à notre avis trop fréquemment :

**99**

Il s'agit d'un couple dans la quarantaine ayant déjà consulté une sexologue pendant plus de deux ans, à raison d'une fois par semaine, pour un problème d'éjaculation précoce, soit une centaine de rencontres au total. Ils nous consultaient en dernier recours avant la

séparation, l'éjaculation précoce n'ayant pas évolué et la situation du couple étant devenue intenable.

**100**

Dans la thérapie de couple antérieure, l'évaluation du passé de Monsieur avait été faite, celle de ses relations avec ses parents, etc., mais aucune question n'avait été posée sur sa façon de s'exciter et de gérer son excitation sexuelle. Au moment de la consultation, il était dans un état proche de la dépression, car il tenait à sa femme, mais celle-ci avait dans l'idée d'entamer une procédure de divorce, disant qu'elle ne pouvait plus vivre avec lui.

**101**

Après une brève évaluation de sa fonction d'excitation sexuelle, nous avons constaté qu'il n'avait aucun problème fonctionnel : rigidité pénienne facile, désir sexuel présent, capacité d'érotisation phallique. Bref, il avait un bon état de santé sexuelle à ce niveau. Cependant, il présentait un mode d'excitation sexuelle « mécanique » essentiellement rapide, comme décrit plus haut.

**102**

Cette nouvelle évaluation sexologique l'avait surpris puisque, au cours des deux ans de sexothérapie, il n'avait jamais été question des paramètres pris en compte cette fois-ci. La première thérapie avait porté essentiellement sur des ordres de causalité indirecte : n'y a-t-il pas derrière cette éjaculation rapide, une hostilité ou une haine inconsciente des femmes, à commencer par sa mère à lui ? Telle était une des interrogations de la thérapeute. Le fait qu'il puisse s'agir d'une haine inconsciente avait fortement déstabilisé le patient car, malgré le fait qu'il avait eu parfois des conflits avec sa mère, il gardait l'impression de ressentir beaucoup d'affection pour elle et que sa relation actuelle avec elle se passait bien. Par ailleurs, comme ces questionnements se faisaient souvent en présence de sa femme, celle-ci avait progressivement développé une attitude aversive vis-à-vis de lui, ayant d'abord l'impression, puis la conviction, de vivre avec une sorte de pervers.

**103**

Un deuxième sujet avait également occupé un grand nombre de rencontres. C'était l'hypothèse d'une « homosexualité latente » du patient : le fait qu'il éjacule rapidement dans le coït n'était-il pas un moyen pour lui d'occulter ou d'empêcher la montée d'images d'hommes excitants qui, s'il allait moins vite à l'éjaculation, auraient le temps de s'imposer à sa conscience ? A nouveau, sa femme, assistant à ces séances de questionnement, avait commencé à se poser en plus des questions sur une homosexualité probable de son mari.

**104**

Devant le malaise de plus en plus grand de cette femme, on lui avait conseillé d'entreprendre une psychothérapie personnelle. La psychothérapeute qui l'avait reçue n'avait jamais rencontré, ni évalué Monsieur. En entendant sa patiente en parler en termes de pervers homosexuel, elle lui avait alors conseillé de divorcer.

**105**

Nous avons rencontré ce couple à trois reprises pour compléter cette nouvelle évaluation sexologique. Il s'agissait donc d'un problème d'éjaculation rapide et il s'est révélé que la cause de son trouble se trouvait dans un mode d'excitation sexuelle mécanique. Les apprentissages nécessaires à la gestion et la modulation de son excitation sexuelle n'ayant jamais été fait, il n'arrivait pas au contrôle éjaculatoire dans la relation coïtale. Aucune des hypothèses émises dans la sexothérapie précédente ne tenait la route.

**106**

Quatre rencontres proposant certaines habiletés à intégrer ont permis à cet homme de faire des apprentissages sexuels pour arriver à moduler, à prolonger son excitation sexuelle et à décider du moment de son éjaculation. Il n'a pu le faire dans la réalité avec

sa femme que deux fois. Même si elle était attachée à lui et malgré cette évolution favorable du problème initial, cette dernière n'arrivait plus à le voir autrement que comme un pervers et un homosexuel latent. Sa décision de séparation était malheureusement irrévocable. Les autres entrevues avec Monsieur ont donc consisté à l'aider à gérer ce deuil.

**107**

Une véritable évaluation sexologique, tenant compte de la fonction d'excitation sexuelle, aurait sans doute pu éviter cette triste évolution (de ce que nous pouvons appeler a posteriori une thérapie « anti-sexothérapeutique »). Les causalités directes, c'est-à-dire notamment la gestion de l'excitation sexuelle, n'avaient à aucun moment été ni évaluées, ni traitées.

**108**

Il nous semble donc important que les thérapeutes souhaitant travailler dans le champ sexologique et les champs connexes, psychologiques ou relationnels, tiennent autant compte d'un modèle de santé sexuelle, que d'un modèle uniquement basé sur la santé mentale, ceci tant dans leurs évaluations que dans leurs traitements.

**field: Inter2Utilité, ou nécessité, d'un modèle de santé sexuelle dans le champ de la santé mentalefield:**

**109**

Les personnes consultant pour des problèmes sexuels sont en majorité en bonne santé mentale. Ceci est la constatation clinique que nous faisons depuis de nombreuses années et que d'autres ont faite avant nous, comme par exemple Hélène S. Kaplan. Elle avait même constaté que les personnes souffrant d'un trouble du sentiment d'appartenance à leur sexe biologique étaient par ailleurs en bonne santé mentale.

**110**

Il est vrai cependant que, chez les patients souffrant d'un trouble de santé mentale, on retrouve fréquemment des difficultés sexuelles. A l'inverse, il arrive également qu'un problème sexuel fragilise la santé mentale d'un patient. Il nous paraît donc utile de distinguer les deux modèles, afin de ne pas confondre les points d'attache de nos investigations et de nos traitements.

**111**

Comme explicité plus haut, le développement sexuel suit les mêmes lois que le développement de l'affectivité et de l'intelligence. En ce sens, il rejoint toutes les observations faites par d'autres auteurs, en particulier Piaget, sur les étapes du développement.

**112**

Cette conception, ainsi que le modèle de santé sexuelle que nous avons développé, implique une nouvelle vision, « *santé mentale – santé sexuelle* », comme le propose l'OMS. Ainsi, il nous semble difficile de faire des évaluations complètes en santé mentale, si nous n'avons pas les outils cognitifs nous permettant d'évaluer aussi la santé sexuelle, car le danger de confusion ou d'omissions au niveau de l'évaluation existe. Ainsi, on risque de ramener des problèmes de santé sexuelle à des problèmes de santé mentale ou, à l'inverse, de manquer l'attribution étiologique d'un trouble psychique à une limite sur le plan sexuel, ou encore de ne porter aucune attention à l'atteinte iatrogène de la sexualité de nos patients par nos traitements psychotropes.

**field: Inter1Conclusionfield:**

**113**

Le métier que nous exerçons, que nous soyons psychiatres, psychologues, psychothérapeutes et/ou sexologues, vise au bien-être des personnes qui nous consultent. La psychiatrie, la psychothérapie, ainsi que certaines formes de médicaments nous ont permis et nous permettent encore aujourd'hui d'intervenir le plus efficacement possible dans les problèmes en relation avec la santé mentale.

114

Cependant, il ne faut pas oublier que la santé sexuelle est souvent limitative chez nos patients et patientes et que cela peut jouer un rôle important sur leur état de santé mentale. Dans ce cas, doit-on traiter la cause ou ses effets ? Pour pouvoir répondre à cette question, il faut d'abord être en mesure de faire une bonne évaluation. Il s'agit donc d'avoir à la fois l'ensemble des critères pour évaluer la santé mentale, mais aussi de connaître les critères pour faire ne serait-ce qu'une évaluation minimale, mais de qualité, de la santé sexuelle. Cela exige à la base d'acquérir des connaissances sexologiques spécifiques.

115

En d'autres mots, il s'agit de posséder une double grille d'évaluation : l'une sur la santé mentale, l'autre sur la santé sexuelle [29]BeginNoIndex

[29] L'application concrète de cette double grille d'évaluation...

EndNoIndex. C'est ce que l'OMS a reconnu, il y aura bientôt trente ans. L'Approche sexocorporelle offre une telle grille d'évaluation en matière de sexualité.

116

C'est dans cet esprit que nous avons rédigé le présent article dans lequel, après avoir défini les composantes du modèle de santé sexuelle, ainsi que quelques étapes du développement sexuel avec lesquels nous travaillons, nous avons abordé la question de l'intégration de la santé sexuelle comme une dimension de la prise en charge des patients souffrant sur les plans psychologique et psychiatrique, tout en précisant les spécificités d'une consultation de sexologie.

117

A partir de connaissances sexologiques plus poussées, il pourrait être utile pour les psychiatres, psychologues, psychothérapeutes ou autres professionnels de la santé, de pouvoir faire cette double évaluation, car elle touche deux sphères distinctes de la santé telles que définies par l'OMS. Ensuite de quoi, soit le thérapeute procède à l'évaluation et au traitement du trouble sexuel détecté s'il possède les outils sexocliniques, soit il adresse le patient à un sexologue compétent, si tel n'est pas le cas. Après tout, le plus important n'est-il pas d'améliorer la santé globale de nos patients ?

118

Par ailleurs, l'acceptation plus large du constat fondamental de l'unité « corps-cerveau/ cerveau-corps » tenant compte des trois lois du corps à partir duquel nous travaillons en sexologie clinique, constat d'ailleurs sans doute déjà fait par le Pr Juan de Ajuriaguerra il y a plus de vingt ans à Genève, pourrait révolutionner l'enseignement et la clinique psychothérapeutique.

FIN CORPS DEBUT PARTIESANN

## Bibliographie

field: Biblio

Crépault C. (1997) : *La sexoanalyse*. Paris, Payot.

Desjardins J.-Y. (1996) : Approche intégrative et sexocorporelle. *Sexologies*, 5/21: 43-48.

EN LIGNE

Fleisher D.R., Morrison A. (1990) : Masturbation mimicking abdominal pain or seizures in young girls. *J. Pediatr.*, 116 : 810-814.

Kaplan H.S. (1979) : *La nouvelle thérapie sexuelle*. Paris, Buchet/ Chastel.

Kinsey C.A., Pomeroy W.B., Martin C.E. (1948) : *Sexual Behavior in the Human Male*. Philadelphia, WB Saunders Company.

Kinsey C.A., Pomeroy W.B., Martin C.E., Gebhard Paul H. (1953) : *Sexual Behavior in the Human Female*. Philadelphia, WB Saunders Company.

Kolodny R.C., Masters W.H., Johnson V.E. (1979) : *Textbook of Sexual Medicine*. Boston, Little, Brown and Co.

Masters W.H., Johnson V.E. (1966) : *Human Sexual Response*. Boston, Little, Brown and Co.

Meizner I. (1987) : Sonographic observation of in utero fetal « masturbation ». *J. Ultrasound Med.*, 6 : 111.

Money J. (1996) : Sexology of ictal masturbation in infancy. *J. Sex & Marital Ther.*, 22/4 : 280-283.

Pasini W., Crépault C. (1987) : *L'imaginaire en sexologie clinique*. Paris, PUF.

Reich W. (1952) : *La fonction de l'orgasme*. Paris, L'Arche Editeur.

Trudel G. (2003) : *Les dysfonctions sexuelles. Evaluation et traitement par des méthodes psychologiques interpersonnelle et biologique*. Ste-Foy (Québec), Presses de l'Université du Québec.

White R.W. (1960) : Competence and the psychosexual stages of development. *Nebraska Symposium on Motivation*, 8 : 97-141.

field:

BeginNoIndex

## Notes

EndNoIndex

BeginNoIndex

[1]

EndNoIndex

Psychiatre psychothérapeute FMH, sexologue clinicien, titulaire d'un Diplôme Inter-Universitaire de Sexologie de l'Université Claude-Bernard, Lyon 1 ; ancien responsable de l'Unité de gynécologie psychosomatique et de sexologie des Hôpitaux Universitaires de Genève ; président de l'Institut Sexocorporel International Jean-Yves Desjardins (ISI), membre titulaire de l'Association des Sexologues Cliniciens Francophones (ASCLiF) et de l'Association Inter-Hospitalo-Universitaire de Sexologie (AIHUS).

BeginNoIndex

[2]

EndNoIndex

Docteur en criminologie, psychologue, sexologue clinicien, professeur en sexologie clinique, fondateur du Département de sexologie de l'Université du Québec à Montréal (UQAM) ; Président d'Honneur de l'ISI, membre fondateur de l'ASCLiF, membre titulaire de l'AIHUS et membre de l'Ordre des Psychologues du Québec.

BeginNoIndex

[3]

EndNoIndex

Détentrices d'un baccalauréat et d'une maîtrise en sexologie (concentration counseling) du Département de sexologie de l'UQAM, sexologues cliniciennes en pratique privée ; membres fondatrices de l'ISI, membres de l'Association des Sexologues du Québec (ASQ).

BeginNoIndex

[5]

EndNoIndex

Sexologue clinicienne en pratique privée à Pau (France), vice-présidente de l'ISI, membre titulaire de l'ASClIF et de l'AIHUS, chargée de cours au Diplôme Inter-Universitaire de Sexologie de l'Université de Toulouse, formatrice à l'Approche sexocorporelle.

BeginNoIndex

[6]

EndNoIndex

Nous invitons le lecteur à tenter l'expérience proposée et à observer personnellement ce que cela lui fait vivre !

BeginNoIndex

[7]

EndNoIndex

Par exemple, sans injonction émotionnelle, prendre une position hypotonique, tête et bouche pendantes, en respirant peu, assis, corps affaissé sur lui-même, bras ballant le long du corps. Observer la perception de soi qui naît immédiatement dans cette situation.

BeginNoIndex

[8]

EndNoIndex

Afin de les identifier plus précisément, nous les numéroterons par un nombre entre parenthèse.

BeginNoIndex

[9]

EndNoIndex

Syndrome de Klinefelter, syndrome de Turner, pseudo-hermaphroditismes, hermaphroditismes vrais, etc.

BeginNoIndex

[10]

EndNoIndex

L'agressivité sexuelle dans l'Approche sexocorporelle renvoie à l'intensité émotionnelle impliquée lors d'une relation sexuelle et non pas à la notion de violence.

BeginNoIndex

[11]

EndNoIndex

Il est à noter qu'à la base de tous les apprentissages, dans tous les arts corporels, que ce soit par exemple le jeu d'un instrument de musique, la danse, la peinture, y compris les arts érotiques, se trouvent ceux de la gestion des rythmes, des mouvements et des tensions musculaires.

BeginNoIndex

[12]

EndNoIndex

Il s'agit des spasmes musculaires rythmiques, se produisant de manière rythmique toute les 0,8 secondes, par exemple lors de l'orgasme. Voir plus loin pour une définition plus précise de ces concepts.

BeginNoIndex

[13]

EndNoIndex

Nous faisons une distinction importante entre la notion d'excitation sexuelle et la notion de plaisir sexuel. L'excitation sexuelle fait référence à tous les phénomènes physiologiques qui accompagnent le réflexe d'excitation sexuelle. Lorsqu'il est question de plaisir sexuel, nous faisons référence à la perception agréable qui peut accompagner le réflexe d'excitation sexuelle et la décharge orgasmique.

BeginNoIndex

[14]

EndNoIndex

C'est-à-dire que l'homme vit ces problèmes uniquement lors du coït et non dans son auto-stimulation.

BeginNoIndex

[15]

EndNoIndex

L'anorgastie est l'incapacité à atteindre le point de non-retour et la décharge orgasmique, c'est-à-dire les réactions spasmodiques chez la femme, ce qui correspond à l'éjaculation chez l'homme. L'anorgasmie est l'absence de jouissance sexuelle associée à la montée de l'excitation et à la décharge sexuelle.

BeginNoIndex

[16]

EndNoIndex

Ceci correspond au fait d'éviter toute tentative de rapprochement génital avec l'autre sexe ou d'en ressentir du dégoût.

BeginNoIndex

[17]

EndNoIndex

L'orgasme fait référence à la décharge génitale (réactions spasmodiques) accompagnée d'une décharge émotionnelle (plaisir sexuel). Voir aussi plus loin, dans le chapitre « Mode d'excitation sexuelle en vagues ».

BeginNoIndex

[18]

EndNoIndex

Il est à noter que le vagin n'est pas excitable par des frottements, mais uniquement par des pressions, la stimulation en « va et vient » n'offrira donc pas de stimulation adéquate de la paroi vaginale. En effet, la paroi vaginale est dépourvue de terminaisons nerveuses à la sensibilité tactile superficielle, mais elle est, par contre, richement dotée en récepteurs profonds stimulables par des pressions et/ou par des distensions.

BeginNoIndex

[19]

EndNoIndex

Ceci pour deux raisons : ayant le dos relativement bloqué et peu mobile en raison des tensions liées à la montée de l'excitation sexuelle, il fera du « va et vient » avec son pénis dans le vagin, ce qui aura pour effet de le stimuler adéquatement par rapport à son mode manuel. Par ailleurs, les très fortes tensions qui apparaissent dans les muscles des fesses et du périnée feront rapidement monter l'excitation sexuelle au-delà du point de non-retour.

BeginNoIndex

[20]

EndNoIndex

La volupté sexuelle est la capacité de ressentir du plaisir sexuel et de la jouissance pendant la montée de l'excitation sexuelle.

BeginNoIndex

[21]

EndNoIndex

Désir sexuel coïtal : c'est un désir sexuel impliquant l'envie de la pénétration phallo-vaginale, pour combler un besoin génital. A différentier du « désir coïtal » par exemple, qui consiste aussi en un désir impliquant la pénétration phallo-vaginale, mais ceci pour combler d'autre types de besoins plus d'ordre affectif que sexuel (besoins fusionnels, de maternité, amoureux, etc.).

BeginNoIndex

[22]

EndNoIndex

La pénétrance fait référence au désir de pénétration, à l'intrusivité sexuelle, chez l'homme.

BeginNoIndex

[23]

EndNoIndex

Les archétypes sexuels sont des éléments programmés (probablement au niveau du cerveau limbique), instinctifs, liés à la survie de l'espèce, indépendants de la culture, lui préexistant, conduisant les mâles à pénétrer les creux féminins avec leur pénis et les femelles à accueillir le pénis dans leur creux vaginal et le fœtus dans leur creux utérin.

En comparaison du monde animal, cette programmation est sans doute relativement plus faible.

BeginNoIndex

[24]

EndNoIndex

Objectiver : analyser objectivement, effectuer une sorte d'évaluation de l'autre par un « découpage » visuel, puis une prise en compte des divers éléments ainsi recensés.

BeginNoIndex

[25]

EndNoIndex

Narcissisme et exhibitionnisme sont présentés ici en termes de santé et non en termes de pathologie.

BeginNoIndex

[26]

EndNoIndex

Ceci sera décrit en détails dans un article encore en préparation.

BeginNoIndex

[27]

EndNoIndex

Il ne s'agit bien entendu pas que parents et personnes en charge de l'éducation des enfants interviennent directement sur la sexualité des enfants. Mais par contre, qu'ayant des connaissances minimales, ils puissent au moins (1) ne pas empêcher un développement normal à ce niveau, (2) si possible repérer un développement déficitaire et, pourquoi pas, (3) soutenir lorsque c'est utile, l'apprentissage des habiletés corporelles nécessaires à l'exercice d'une sexualité adulte harmonieuse.

BeginNoIndex

[28]

EndNoIndex

Par exemple, la situation suivante s'est présentée en cours de rédaction du présent article : un patient nous a appris lors de son évaluation avoir déjà vu préalablement deux thérapeutes qui tous deux lui avaient dit que son problème sexuel était incurable.

Sans entrer dans les détails, l'évaluation sexologique lui a permis de comprendre clairement sa situation et de se sentir motivé pour un traitement actuellement en voie de terminaison, avec une évolution favorable, au grand soulagement du patient.

BeginNoIndex

[29]

EndNoIndex

L'application concrète de cette double grille d'évaluation et l'application des traitements efficaces qui s'y rattachent non seulement ont permis l'amélioration de la vie sexuelle de nombreuses personnes, mais ont même contribué à diminuer les dissociations que certaines vivaient au niveau de leur santé mentale, que ce soit des problèmes de prépsychoses (schizoïdie) ou psychoses (schizophrénie, manie). Cette double dénomination (santé mentale, santé sexuelle) peut aussi rendre les psychiatres plus avertis par rapport au choix des traitements psychotropes qui visent à améliorer la santé mentale, mais qui peuvent aussi avoir des effets inhibiteurs puissants sur le fonctionnement sexuel.

FIN PARTIESANN DEBUT ABSTRACT

BeginNoIndex

### **Résumé**

EndNoIndex

BeginNoIndex

### **Français**

EndNoIndex

field: ResumeAprès avoir défini un concept de santé mentale, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a donné la définition d'un concept de santé sexuelle. En sexologie clinique, il nous est aussi apparu important de disposer d'un modèle de santé sexuelle distinct d'un modèle de santé mentale pour aborder les difficultés sexuelles de nos patients. C'est à partir d'une évaluation sexologique précise, reposant sur un modèle de santé sexuelle, que des stratégies thérapeutiques efficaces ont été élaborées.

Puisque la sexualité des patients souffrant sur le plan psychique est fréquemment touchée, cette distinction devient très utile pour les psychiatres, psychologues, psychothérapeutes et autres professionnels de la santé. En effet, il est important de se rappeler que certains traitements psychotropes peuvent occasionner des troubles sexuels, puisque leurs effets secondaires vont parfois altérer le désir sexuel, l'excitation sexuelle et la capacité orgasmique. De plus, nous savons que certains problèmes sexuels ont parfois des répercussions sur la santé mentale. Si tel est le cas, il ne suffit pas pour le professionnel de la santé de traiter uniquement le trouble psychologique ou psychiatrique qui en est le symptôme, mais également d'intervenir directement au niveau de la cause, c'est-à-dire la dysfonction sexuelle.

Cet article a donc pour double objectif d'offrir un modèle de santé sexuelle spécifique, il s'agit de la première description exhaustive du modèle sur lequel se base l'Approche sexocorporelle, et de sensibiliser les professionnels de la santé à tenir compte, non seulement de la santé mentale de leurs patients lors des évaluations, mais aussi de leur santé sexuelle, afin de leur apporter une aide plus complète.