

Les traitements sexothérapeutiques du désir sexuel hypoactif

A. Hubin¹, P. De Sutter²

Le Désir Sexuel Hypoactif est la dysfonction sexuelle la plus courante. Il est la résultante de plusieurs facteurs (cognitifs – comportementaux – émotionnels – physiologiques – environnementaux). Il importe d'en tenir compte dans les traitements sexothérapeutiques proposés. Différentes approches seront exposées avec leur particularité : (1) sexothérapie selon l'approche cognitivo-comportementale ; (2) sexothérapie selon l'approche sexocorporelle ; (3) sexothérapie selon l'approche sexoanalytique ; (4) sexothérapie selon l'approche systémique.

INTRODUCTION

Le Désir Sexuel Hypoactif (DSH) est la dysfonction sexuelle la plus fréquemment rencontrée et touchée, en fonction de l'âge et de critères de sévérité, entre 10 et 60% des femmes (1-4). Nombre de cliniciens rapportent également un pourcentage important de demandes de consultations pour ce trouble en comparaison aux autres motifs de consultation sexologique (2 ; 5).

Malgré ses limites reconnues, la définition du DSH la plus largement utilisée dans la littérature scientifique reste celle du DSM-IV (6) (voir encart 1).

Encart 1

Définition du désir sexuel hypoactif dans le DSM-IV

Définition du DSM-IV « a) Une déficience ou une absence de fantasmes sexuelles et de désir pour les activités sexuelles. Le jugement sur cette déficience ou cette absence est faite par le clinicien en tenant compte de variables qui affectent le fonctionnement sexuel de la personne comme l'âge et le contexte de vie de la personne ; b) Cette perturbation provoque une détresse importante ou des difficultés interpersonnelles ; c) Cette dysfonction n'est pas mieux expliquée par un autre trouble de l'axe I (à l'exception d'une autre dysfonction sexuelle) et n'est pas attribuable aux effets physiologiques d'une drogue ou à un autre problème de santé. »

Cependant, c'est en repérant les différents facteurs amenant et maintenant un DSH, que les cliniciens pourront aborder un protocole de traitement adéquat à chaque patient(e) ou couple de patients. L'étiologie du DSH nous amène à considérer conjointement les facteurs (1) cognitifs (e.g. pensées erronées, négatives, non-permissives), (2) comportementaux (e.g. stratégies d'évitement, manque de réceptivité), (3) émotionnels (e.g. anxiété, dégoût, culpabilité), (4) physiologiques (e.g. impact neurologique, hormonal, chirurgical, d'une maladie physique, mentale ou iatrogène) et (5) environnementaux (e.g. difficultés conjugales, conditions de vie précaires) (7). Ainsi, de par les origines multifactorielles du DSH, le clinicien a tout intérêt à proposer une thérapie, quelle que soit son orientation, tenant compte de ces diverses composantes.

Avant de parcourir les approches sexothérapeutiques les plus référencées par les chercheurs et/ou les cliniciens pour le traitement du DSH, quelques précisions sont nécessaires. En accord avec Basson, nous pensons que si le DSH est causé en grande partie par une dépression, une image corporelle négative, des séquelles d'abus sexuels ou d'autres troubles de la personnalité, ces facteurs doivent être abordés prioritairement (8). Ensuite, pointons qu'il est essentiel que, dans son anamnèse, le clinicien interroge la patiente ou le couple de patients sur d'éventuelles autres dysfonctions sexuelles. Un traitement sexothérapeutique de ces dernières devrait alors être mené en amont ou en parallèle avec celui du DSH. Il va effectivement de soi qu'un désintérêt progressif pour les relations sexuelles peut s'installer si une ou plusieurs co-morbidités persistent (9). Pour finir, seules les sexothérapies sont présentées dans le cadre de cet article. Les traitements pharmacologiques ou chirurgicaux peuvent être envisagés en parallèle dans le contexte d'un DSH féminin.

MOTS-CLEFS

Désir Sexuel Hypoactif – Sexothérapie
– Cognitivo-comportementale – Sexocorporelle – Sexoanalyse – Systémique

SEXOTHÉRAPIE D'ORIENTATION COGNITIVO-COMPORTEMENTALE

Les sexothérapies cognitivo-comportementales sont incontestablement celles qui reposent sur davantage d'études empiriques et qui s'harmonisent le mieux avec l'EBM (evidence based medicine ou médecine fondée sur le niveau de preuve). Elles sont basées sur un concept selon lequel les cognitions, les émotions et les comportements interagissent mutuellement. Par exemple, des pensées inadaptées sur la sexualité favorisent des émotions négatives et maintiennent des comportements problématiques tels que l'évitement des relations sexuelles qui renforcent par conséquent le cycle dysfonctionnel de la réponse sexuelle.

Dans cette approche, plusieurs auteurs suggèrent des protocoles de traitement sexothérapeutique pour le DSH (10-13). Ils utilisent différentes méthodes telles que la modification des stratégies d'évitement mises en place face aux activités sexuelles, la transformation de l'anticipation négative de moments d'intimité érotique, la restructuration cognitive de pensées inhibant le DS, la perception des réactions physiologiques du DS ou l'entraînement aux fantasmes.

De plus, diverses études réalisées ont évalué une technique nommée *orgasm consistency training* (constance orgasmique) (14-16). Dans ce protocole de traitement, il est proposé des stratégies d'acquisition d'habiletés érotologiques, des exercices de *sensate focus* (sensibilisation corporelle en couple) (17) et de l'enseignement de la *coital alignment technique* (technique de l'alignement coïtal) pour la pénétration (18). Cette dernière consiste en une variation de la position du missionnaire engendrant un glissement calme et répété entre les deux bassins. Ce mouvement permet non seulement une plus grande durée de pénétration mais également une double stimulation chez la femme (vagin et clitoris) (18-20 ; 5). Concrètement, cette technique cherche à combler l'inexpérience ou le manque de compétence du partenaire. L'intérêt est que comme le DS est en partie alimenté, selon un processus circulaire (21), par la satisfaction sexuelle retirée d'un rapport réussi, on espère redonner du désir en augmentant le plaisir. A contrario, des caresses maladroites, des gestes trop directs ou des préliminaires bâclés ou excessifs contribuent à une insatisfaction grandissante et affectent donc secondairement le DS. Dans ce contexte, il peut être judicieux de prodiguer quelques techniques de stimulations aux partenaires dans la sexothérapie.

Remarquons que la technique du *sensate focus* est présente dans la grande majorité des traitements du DSH. Il s'agit d'exercices visant à augmenter le plaisir sensuel et sexuel et diminuer l'anxiété de performance parfois associée aux activités sexuelles. L'expérience plaisante provenant de ces exercices peut augmenter le DS de vouloir recréer ces pratiques agréables. Par ailleurs, le *sensate focus* favorise l'intimité au sein du couple, ce qui peut augmenter les sentiments amoureux et le désir d'être sexuel avec l'autre. Dans certains cas, l'objectif de la prescription de ces exercices est d'exposer la personne de manière progressive aux situations sexuelles habituellement sources d'anxiété.

Depuis quelques années, on retrouve dans l'orientation cognitivo-comportementale l'intégration de la *mindfulness* (pleine conscience) dont Kabat-Zinn est le fondateur principal (22). La *mindfulness* invite à porter attention pleinement et délibérément au moment présent. Concernant son utilisation dans le traitement du DSH, des scientifiques l'ont intégrée à un protocole de traitement comprenant diverses interventions dont 3 sessions

de 90 minutes étaient consacrées à la pratique de la *mindfulness* (23). Globalement, l'utilisation de la *mindfulness* pour le DSH semble prometteuse mais il reste nécessaire d'effectuer des études avec des essais contrôlés.

SEXOTHÉRAPIE D'ORIENTATION SEXOCORPORELLE

La sexocorporelle, créée par Desjardins à la fin des années 60, est une approche basée sur les éléments ayant une incidence directe sur la manière de vivre l'excitation sexuelle dans le corps. Elle part du postulat que les émotions sont des réactions involontaires de nos pensées et que ces dernières trouvent leurs résonances dans le corps. Ainsi, dans une démarche thérapeutique où le corps est le principal outil de travail, si on modifie le corps, comme la posture par exemple, nous pouvons changer les perceptions ainsi que l'intensité des émotions. Par ce biais, cette approche s'intéresse à la manière dont l'excitation sexuelle circule dans le corps.

En sexocorporelle, le DS est considéré comme une anticipation positive d'une activité sexuelle (individuelle ou dyadique) susceptible d'éveiller le réflexe d'excitation sexuelle. Du point de vue thérapeutique, le clinicien apprendra à la patiente avec un DSH (ou n'importe quelle autre dysfonction sexuelle) à jouer avec les rythmes, les tensions musculaires et l'utilisation de l'espace pour modifier le ressenti et la montée de la tension sexuelle à travers la respiration et les mouvements corporels. La technique se nomme la *double bascule* et consiste à apprendre à la personne des mouvements du bassin basculant d'avant en arrière associés à une bascule des épaules et à un lâcher prise de la tête, tout ceci accompagné d'une respiration abdominale rythmée et profonde. L'idée est que la femme bien ancrée dans son corps sexué augmentera sa perception du plaisir et surtout son DS (24). Les études empiriques manquent pour cette approche. Cependant, son succès est dû au fait que de nombreux cliniciens rapportent des résultats bénéfiques avec l'utilisation de cette approche.

SEXOTHÉRAPIE D'ORIENTATION SEXOANALYTIQUE

La sexoanalyse, fondée par Crépault au début des années 1980, propose une approche thérapeutique dans laquelle la sexualité est examinée comme un construit psychoaffectif et non comme une force pulsionnelle (25). Globalement, cette approche a pour fonction principale de mener la personne à la compréhension de ses symptômes. Le DSH fait partie, selon leur terminologie particulière, des dysfonctions sexuelles nommées les sexoses. Une déficience du DS féminin renvoie en sexoanalyse à une difficulté à construire activement ses propres désirs et surtout à se nourrir érotiquement du désir de l'autre. Les outils de l'analyse thérapeutique sont de trois ordres. Il s'agit (1) de l'analyse des bénéfices et des anxiétés responsables du maintien du DSH ; (2) de l'analyse des investissements et non-investissements fantasmatiques ; (3) de l'analyse des rêves. La sexoanalyse utilise surtout l'imaginaire, en élaborant de nouveaux fantasmes, comme expérience correctrice permettant la dissolution de la sexose. Malgré son succès, cette approche souffre également d'une insuffisance de recherches empiriques.



SEXOTHÉRAPIE D'ORIENTATION SYSTÉMIQUE

L'approche systémique en sexothérapie met l'accent sur le fait que la sexualité se vit en relation. Pour les sexologues qui utilisent l'approche systémique, c'est par le biais de la composante relationnelle qu'ils vont travailler à la résolution de la dysfonction sexuelle (sans pour autant nier l'importance des autres composantes) (26).

Effectivement, les deux partenaires jouent bien souvent un rôle dans l'apparition et/ou le maintien de la dysfonction sexuelle. Il est ainsi tout à fait légitime de concevoir que le traitement devra s'effectuer avec la participation des deux membres du couple et non juste avec celui qui est porteur du symptôme.

En outre, de multiples recherches établissent clairement le lien entre problèmes conjugaux et DSH (27-30). Si l'atteinte est mineure, une amélioration de l'intimité relationnelle contribue souvent à augmenter la satisfaction conjugale. Dans un premier temps, on peut augmenter les événements positifs dans le couple, élever la fréquence des activités de qualité à deux, encourager les rapprochements affectifs non-sexuels et renforcer la communication positive (compliments, échange d'idées, etc.). Dans un deuxième temps, il est suggéré de reprendre les activités sexuelles sans attendre un retour d'une parfaite harmonie conjugale. Il est préférable d'envisager l'érotisme comme une source de bien-être individuel plutôt que comme une récompense que l'on donne à l'autre s'il a été suffisamment sage ! Par un effet boule de neige, si la sexualité reprend, souvent l'entente conjugale s'améliore. Si les conflits conjugaux ont pris une ampleur plus importante, l'approche systémique est à préconiser. L'approche est particulièrement adéquate lorsque les difficultés affectives et relationnelles ont un impact sur l'intimité sexuelle. Classiquement, on retrouve comme difficultés péri-sexologiques de ce type la jalousie excessive, les problèmes de communication, les relations extra-conjugales, la dépendance affective, etc.

SEXOTHÉRAPIE BIBLIOTHÉRAPEUTIQUE

L'utilisation de la bibliothérapie comme traitement sexothérapeutique vit actuellement un fort développement (31). Sans pour autant obtenir des résultats aussi favorables que pour les traitements thérapeutiques avec l'intervention d'un thérapeute, la plupart des études observent une amélioration des dysfonctions sexuelles (32-34). Cependant, à ce jour, seul un outil bibliothérapeute a été construit spécifiquement pour le

traitement du DSH (35). Ce dernier a été évalué sur 231 couples. Les résultats sont très encourageants puisqu'ils suggèrent une nette amélioration du niveau de DS mais aussi de la fréquence des relations sexuelles, de la satisfaction sexuelle et une réduction de la détresse sexuelle.

Parallèlement, bon nombre de cliniciens incluent dans leur traitement du DSH la prescription de lecture d'ouvrages érotiques pour permettre l'acquisition et/ou l'enrichissement du répertoire fantasmatique jouant un rôle dans le DS. De plus, ceci a tout son intérêt puisque la littérature érotique peut être directement ou indirectement génératrice d'un DS (36).

CONCLUSIONS

Le DSH est l'une des dysfonctions les plus difficiles à traiter et le caractère multifactoriel de ses origines et du maintien de celui-ci demande un travail thérapeutique qui les prend en compte. Plusieurs approches pour traiter cette problématique sont envisageables. Cependant, il y a peu d'études pour apprécier des résultats et seule la sexothérapie d'orientation cognitivo-comportementale fait l'objet de résultats contrôlés.

Encart 2 Recommandations pratiques

Formation en sexothérapie selon l'approche cognitivo-comportementale

Institut Européen de Santé
Contact: pascal.desutter@uclouvain.be
Site: www.sexofonctionnel.com

Formation en sexothérapie selon l'approche sexocorporelle

Institut Sexocorporel International
Contact: lise.desjardins@sexologues.ca

Formation en sexothérapie selon l'approche sexoanalytique

Institut Européen de Sexoanalyse
Contact: officeserv@skynet.be (Dr E. Hirsch)

Formation en sexothérapie selon l'approche systémique

Association Belge pour l'Intervention
et la Psychothérapie Familiale Systémique
Site: www.abipfs.be

CORRESPONDANCE :

A. Hubin

alexandra.hubin@uclouvain.be

1. Alexandra Hubin, Sexologue clinicienne et chercheuse - Université Catholique de Louvain (UCL) - Centre Interdisciplinaire de Recherche des Familles et des Sexualités (CIRFASE) - Ecole de Sexologie et des Sciences de la Famille (ESF).
2. Pascal De Sutter, Professeur - Université Catholique de Louvain (UCL) - Centre Interdisciplinaire de Recherche des Familles et des Sexualités (CIRFASE) - Ecole de Sexologie et des Sciences de la Famille (ESF).

SUMMARY

Hypoactive Sexual Desire is the most common sexual dysfunction. It results from several factors (cognitive - behavioral - emotional - physiological - environmental). Therefore, these factors have to be taken into consideration in sexotherapeutic treatments. Various approaches as well as their particularities will be presented: (1) sex therapy according to the cognitive-behavioral approach; (2) sex therapy according to the "sexocorporelle" approach (body-mind approach); (3) sex therapy according to the sexoanalytic approach; (4) sex therapy according to the systemic approach.

KEY WORDS:

Hypoactive Sexual Desire - Sex therapy - Cognitive-behavior - Sexocorporelle - Sexoanalytic - Systemic

Références

- Hawton K, Catalan J, Fagg J : Low sexual desire: sex therapy results and prognostic factors. *Behav Res Ther.* 1991; **29** : 217-224.
- Spector IP, Carey MP : Incidence and prevalence of the sexual dysfunctions: a critical review of empirical literature. *Arch Sex Behav.* 1990; **19** : 389-408.
- Hayes RD, Dennerstein L, Bennett CM, Koochaki PE, Leiblum SR, Graziottin A : Relationship between hypoactive sexual desire disorder and aging. *Fertility and Sterility.* 2007; **87** : 107-112.
- West SL, D'Aloisio AA, Agans RP, Kalsbeek WD, Borisov NN, Thorp JM : Prevalence of low sexual desire and hypoactive sexual desire disorder in a nationally representative sample of US women. *Arch Intern Med.* 2008; **168** : 1441-1449.
- Kaplan HS. *The sexual desire disorder: dysfunctional regulation of sexual motivation.* Brunner-Mazel, New-York, 1995.
- American Psychiatric Association. *DSM-IV: Diagnostic and statistical manual of mental disorders.* American Psychiatric Press, Washington DC, 2000.
- Hubin A, De Sutter P, Reynaert C : Les facteurs étiologiques du Désir Sexuel Hypoactif Féminin. *Sexologies.* Submitted.
- Basson R, Rees P, Wang R, Montejó AL, Incrocci L : Sexual function in chronic illness. *J Sex Med.* 2010; **7(1)** : 374-388.
- Clayton AH : Epidemiology and neurobiology of female sexual dysfunction. *J Sex Med.* 2007; **4(4)** : 260-268.
- Loppicolo L. Low sexual desire. In: Leiblum SR, Pervin LA. *Principles and practice of sex therapy.* Guilford Press, New York, 1980.
- McCarthy B : Strategies and techniques for the treatment of inhibited sexual desire. *J Sex Marital Ther.* 1984; **10(2)**: 97-104.
- Zilbergeld B, Ellison CR. Desire discrepancies and arousal problems in sex therapy. In: Leiblum SR, Pervin. *Principles and practice of sex therapy.* Guilford Press, New York, 1980
- Trudel G, Aubin S, Drouin N, Ravart M, Trinque C. *La baisse du désir sexuel : Méthodes d'évaluation et de traitement.* Masson, Paris, 2003.
- Hulbert DF : A comparative study using orgasm consistency training in the treatment of women hypoactive sexual desire. *J Sex Marital Ther.* 1993; **10**: 41-45.
- Hulbert DF, With LC, Powell RD : Orgasm consistency training in the treatment of women reporting hypoactive sexual desire: an outcome comparison of women-only groups and couple-only groups. *J Behav Ther Exp Psy.* 1993; **24** : 3-13.
- Hulbert DF, Apt C, Hurlbert MK : Sexual characteristics, treatment compliance and effectiveness of orgasm consistency training in the treatment of women reporting hypoactive sexual desire. *Canadian journal of human sexuality.* 1995; **4** : 15-23.
- Masters WH, Johnson VE. *Les mésententes sexuelles et leur traitement.* Laffont, Paris, 1971.
- Eichel EW, Eichel JD, Kule S : The technique of coital alignment and its relation to female orgasmic response and simultaneous orgasm. *J Sex Marital Ther.* 1988; **14 (2)** : 129-41.
- Kaplan HS, staff and trainees of the Human Sexuality Program at New York Hospital, Cornell Medical Center. Does the CAT technique enhance female orgasm? *J Sex Marital Ther.* 1992; **18** : 285-291.
- Pierce AP, The coital alignment technique (CAT): an overview of studies. *J Sex Marital Ther.* 2000 ; **26 (3)** : 257-68.
- Basson R : Women's sexual function and dysfunction: current uncertainties, future directions. *Int J Impot Res.* 2008; **20(5)** : 466-78.
- Kabat-Zinn J : Mindfulness-Based Interventions in Context: Past, Present, and Future. *Clinical Psychology: Science and Practice.* 2003; **10 (2)** : 144-156.
- Brotto L, Basson R, Luria M : A mindfulness-based group psychoeducational intervention targeting sexual arousal disorder in women. *J Sex Med.* 2008 ; **5** : 1646-1659.
- Chatton D, Desjardins JY, Desjardins L, Tremblay M : La sexologie clinique basée sur un modèle de santé sexuelle. *Psychothérapies.* 2005 ; **25 (1)** : 3-19.
- Crépault C. *La sexoanalyse : A la recherche de l'inconscient sexuel.* Payot, Paris, 1997.
- Bergeron S, Benazon N, Jodoin M, Brousseau M. Sexualité et dysfonction sexuelle. In : Wright Y, Lussier SS. *Manuel clinique des psychothérapies de couple,* 361-396, Presses de l'Université du Québec, 2008.
- Donahy KM, O'Carroll RA : Gender Differences in Factors Associated with Hypoactive Sexual Desire. *J Sex Marital Ther.* 1993; **19 (1)** : 25-40.
- Schiavi RC, Karstaedt A, Schreiner-Engel P, Mandeli J : Psychometric characteristics of individuals with sexual dysfunction and their partners. *J Sex Marital Ther.* 1992; **18** : 219-230.
- Stuart FM, Hammond DC, Pett MA : Inhibited Sexual Desire in Women. *Arch Sex Behav.* 1987; **16** : 91-106.
- Trudel G, Boulos L, Matte B : Dyadic Adjustment Couples with Hypoactive Sexual Desire. *J Sex Educ Ther.* 1993; **21 (3)** : 210-216.
- Hubin A, De Sutter P, Reynaert C: Bibliotherapy: an effective therapeutic tool for female sexual dysfunction? *Sexologies.* Sous presse.
- Gould RA, Clum GA : A meta-analysis of self-help treatment approaches. *Clin Psychol Rev.* 1993; **13 (2)** : 169-186.
- Marrs RW : A meta-analysis of bibliotherapy studies. *Am J Commun Psychol.* 1995; **23 (6)** : 843-870.
- Van Lankveld JJDM. Bibliotherapy in the treatment of sexual dysfunctions: A meta-analysis. *J Consult Clin Psych.* 1998; **66(4)** : 702-708
- Hubin A, Defeldre AC, Reynaert C, De Sutter, P : Integrated Bibliotherapeutic Treatment for Heterosexual Women with Hypoactive Sexual Desire Disorder: *Evaluation and comparison in a controlled clinical trial.* Submitted.
- Hubin A, De Sutter P, Reynaert C : L'utilisation de textes érotiques dans l'éveil du désir sexuel féminin, *Réalités en Gynécologie-Obstétrique - Supplément Sexologie.* 2008; 134: 46-49.