

**UNIVERSITE PARIS VII- DENIS DIDEROT**

**Faculté de médecine Lariboisière St. Louis  
10, avenue de Verdun, 75010 Paris**

**Sexologie et écoute psychanalytique**

**Hassan Makaremi**

**MEMOIRE**

**Pour l'obtention du  
diplôme d'Université**

**« Sexologie et Santé publique »**

**Présenté et soutenu publiquement le 2003**

**Promotion Ernst GRAFENBERG (1881-1957)**

**2001- 2003**



## SOMMAIRE

<b>Introduction</b> .....	5
<b>I- Histoire : de la théorie à la pratique clinique</b>	
A- la psychanalyse	
1- <i>fondements théoriques</i> .....	7
2- <i>invention de la cure</i> .....	11
3- <i>classement pathologique</i> .....	13
B- la sexologie	
1- <i>historique</i> .....	17
2- <i>les tendances: Sexoanalyse,</i> .....	21
3- <i>la sexologie humaniste</i> .....	30
<b>II- La technique psychanalytique</b>	
A- déroulement de la cure	
1- <i>historique</i> .....	32
2- <i>les tendances</i> .....	33
B- écoute psychanalytique	
1- <i>valeur du signifiant</i> .....	39
2- <i>écoute et transfert</i> .....	41
<b>III- Les apports de la psychanalyse à la pratique de la sexologie</b>	
A- les points communs.....	43
B- effets mutuels des deux cliniques.....	48
<b>IV- Discussion : l'apport de l' « écoute analytique » à la sexologie clinique</b>	
A- écoute, évaluation et diagnostique.....	51
B- écoute et entretien .....	55
<b>Conclusion</b> .....	59
<b>Bibliographie</b> .....	61

## INTRODUCTION

**Sexologie et écoute psychanalytique :** « Peut-on considérer la particularité de l'écoute psychanalytique comme une autre contribution de la psychanalyse à la pratique de la sexologie ? »

Le savoir médical, psychologique, et anthropologique, ainsi que le savoir psychanalytique, constituent des axes fondateurs à la base théorique de la sexologie. Le champ de la fonction érotique, la sexologie, a pour objet les relations sexuelles, ce qui implique deux individus, tandis que la psychanalyse est focalisée sur le sujet et son objet de désir. Toutefois, la sexologie humaniste, fondée sur une biologie des primates, comme la psychanalyse, fondée sur le fonctionnement de l'inconscient, n'ont pas comme objectif la guérison mais l'accompagnement. Ces deux disciplines peuvent sans doute se compléter, soit sur le plan de l'enrichissement théorique, soit dans la pratique et l'expérience clinique.

Ainsi, les enseignements de la sexologie, fondés sur la fonction érotique, font intervenir à la fois le psyché et le corps, la culture et les représentations. Prenant en compte les dimensions aussi bien intimes que sociales de la vie du sujet, elles touchent au domaine de la reproduction et de la continuité des générations aussi bien qu'à ceux des rites et des religions, ouvrant l'horizon de la pratique psychanalytique au-delà d'une focalisation sur les signifiants. La psychanalyse peut de cette façon concrétiser sa théorie sur la base des enseignements de la sexologie, prise comme domaine d'expérimentation. L'écoute psychanalytique s'enrichit ainsi des expériences de la clinique sexologique, et nous pourrions dans l'avenir évaluer d'avantage ces effets bénéfiques. Même si les psychanalystes sont déjà sensible à l'importance de la fonction érotique et ses effets sur le sujet, l'ouverture d'esprit de ce voyage dans les profondeurs de la dimension humaine qu'incarne la sexologie, les sensibilise davantage.

D'un autre côté, la sexologie clinique est fondée sur le diagnostic, un projet de prise en charge et une démarche de bilan. Elle suit des principes, une éthique, et des procédures propres et bien définies. La psychanalyse pourrait, quant à elle, enrichir cette pratique dans les dimensions suivantes :

- Une clarification du fonctionnement de la sexualité : l'inconscient comme « lien du refoulé », « trésor de signifiants » : sa formation, sa structure et son fonctionnement, fortement liés au désir, reposent sur trois éléments, qui sont le Réel, l'Imaginaire et le

Symbolique. La théorie de la sexualité dans ce champ est la base de la production des différences, avec au centre, le Phallus, cette différence qui fait la différence.

- Une clarification du comportement : peut-être l'enrichissement théorique permettrait-il de mieux comprendre le fonctionnement de l'inconscient, cet étranger en nous, pour mieux analyser les réactions du sexothérapeute, d'une part, et fournir des explications aux patients, d'autre part.
- Une relation entre les deux cliniques. Il s'agit de rechercher comment qualifier les modalités d'une éventuelle coopération entre les deux cliniques : thérapies parallèles, thérapies décalées, sexothérapie analytique, thérapies successives....
- Un enrichissement clinique de la sexologie par la technique psychanalytique : à travers l'exploration de pistes telles que la sensibilité à l'écoute, le transfert, l'analyse de résistance, l'association libre et l'effet des signifiants, le refoulement, la castration, l'importance du rêve et du fantasme...

Parmi l'ensemble des concepts éventuellement bénéfiques des champs de la psychanalyse, *l'expérience d'écoute intense* pourrait jouer un rôle important dans la pratique clinique de la sexologie, car le patient s'exprime avec des mots, et souvent des mots codés. Dans les deux champs, la parenté est davantage un certain accompagnement, où l'écoute joue le rôle central. L'importance de cette dimension d'écoute est d'ailleurs pointée par les praticiens sexothérapeutes qui ont une formation de psychanalyste, et aussi à travers la présentation des programmes d'enseignement de certaines formations en sexologie. Dès lors, il est intéressant de se demander comment un sexologue clinicien, qui profite de l'expérience et du savoir psychanalytique, pourrait améliorer son niveau d'écoute.

Pour y répondre, nous commencerons par définir d'une part chacun des champs dont nous traitons – dans ce qui les distingue et ce les lie, et d'autre part l'écoute analytique dont il est question, ses conditions, ses avantages, ses limites. Ensuite nous explorerons les principaux axes qui fondent les apports pratiques de l'écoute en sexothérapie. Nous conclurons par l'ébauche d'une synthèse de conseils éventuels.

# I - HISTOIRE : DE LA THEORIE A LA PRATIQUE CLINIQUE

## A- LA PSYCHANALYSE

La définition de cette discipline, fondée dès 1885 par Sigmund Freud, implique la distinction que l'on peut faire avec lui de trois niveaux : la psychanalyse est d'abord une *méthode d'investigation* cherchant à mettre en évidence la signification inconsciente des paroles, des actions, des productions imaginaires (les rêves, les fantasmes, les délires) d'un sujet. C'est aussi une *méthode psychothérapeutique* fondée sur cette investigation, et rendue spécifique par l'interprétation contrôlée de la résistance, du transfert et du désir. En ce sens, le mot «psychanalyse» est synonyme de «cure psychanalytique». C'est enfin un *ensemble de thèmes psychologiques et psychopathologiques*<sup>a</sup>. La théorie freudienne pose les fondements de la psychanalyse en deux grandes étapes, marquées par la charnière de l'année 1920. La première étape concerne la conception des pulsions, la seconde, la théorie de l'appareil psychique.

### 1. Fondements théoriques

Le terme « psychanalyse » est introduit pour la première fois par S. Freud dans un article intitulé *l'Hérédité et l'étiologie des névroses*(7). Dans la pratique, l'emploi du terme sanctionne l'abandon de la catharsis sous hypnose et de la suggestion, et le recours à la seule règle de la libre association des idées pour le patient. Laissons Freud s'expliquer du choix du mot *psychanalyse* :

«Nous avons nommé psychanalyse le travail par lequel nous amenons à la conscience du malade le psychique refoulé en lui. Pourquoi «analyse», qui signifie fractionnement, décomposition, et suggère une analogie avec le travail qu'effectue le chimiste sur les substances qu'il trouve dans la nature et qu'il apporte dans son laboratoire ? Parce qu'une telle analogie est, sur un point important, effectivement fondée. Les symptômes et les manifestations pathologiques du patient sont, comme toutes ses activités psychiques, d'une nature hautement

---

<sup>a</sup> Cette synthèse reprend un exposé développé sur le site <http://www.causefreudienne.org/lorientation5.htm>

composée ; les éléments de cette composition sont, en dernier ressort, des motifs, des motions pulsionnelles. Mais le malade ne sait rien ou trop peu de ces motifs élémentaires. Nous lui apprenons donc à comprendre la composition de ces formations psychiques hautement compliquées, nous ramenons les symptômes aux motions pulsionnelles qui les motivent, nous désignons au malade dans ses symptômes des motifs pulsionnels jusqu'alors ignorés, comme le chimiste sépare la substance fondamentale, l'élément chimique, du sel dans lequel, en composition avec d'autres éléments, il était devenu méconnaissable. De la même façon, nous montrons au malade, sur les manifestations psychiques tenues pour non pathologiques, qu'il n'était qu'imparfaitement conscient de leur motivation, que d'autres motifs pulsionnels, qui lui étaient restés inconnus, ont contribué à les produire. »

Ici, Le terme de pulsion doit être distingué de celui d'instinct. L'instinct, qui s'applique surtout à la vie animale, désigne un comportement défini et stéréotypé de l'espèce. Au contraire, la pulsion est une force de nature biologique mais qui se donne, en fonction des événements qui marquent l'existence humaine, des objets variables et se choisit des modes de satisfaction très divers : c'est une force plastique. Une première théorie des pulsions oppose la libido aux pulsions du moi (pulsions d'auto-conservation). La libido désigne l'énergie attachée à la pulsion sexuelle, qui pour Freud anime l'inconscient. Mais la recherche de la satisfaction de cette pulsion se heurte à la résistance des pulsions du moi, qui comprennent l'ensemble des besoins biologiques fondamentaux non sexuels assurant la conservation de l'individu (tel le besoin alimentaire). Les pulsions du moi obéissent au *principe de réalité*, qui subordonne la satisfaction des tendances aux exigences de la vie sociale. Ce sont elles qui, lorsqu'elles prédominent, refoulent les pulsions sexuelles. Plusieurs découvertes provoquées par la cure analytique conduisent Freud à supposer chez tout être humain des tendances profondes à l'agression et à la destruction, tournées d'abord vers le moi, mais aussi vers des objets extérieurs. C'est alors que Freud modifie sa théorie des pulsions pour substituer au dualisme libido /pulsions du moi un dualisme plus tragique qui oppose pulsions de vie et pulsions de mort, organisant la vie psychique profonde sous le signe de la lutte d'Éros et de Thanatos.

Dans la théorie freudienne, la conception des pulsions implique l'existence de centres psychiques distincts, dont les relations sont conflictuelles, et qui donnent lieu à une topique qui elle aussi évolue au cours de son élaboration. Au fondement de cette conception psychique, Freud pose l'existence d'un « inconscient » qu'il caractérise comme étant individuel, « altruiste », sexuel et structuré.

L'inconscient est individuel : il appartient en propre à chacun, et il faut l'aborder dans une perspective subjective. Par conséquent, l'écoute de l'inconscient suppose en priorité la

prise en compte de l'histoire individuelle, des réactions intimes du sujet, de ses relations premières et constitutives. L'inconscient est «altruiste », dans la mesure où il ne s'élabore ni ne se révèle que par rapport à l'autre. Ce rapport est au cœur de la manière dont on peut découvrir, connaître et faire valoir ce qui se passe dans l'inconscient. L'inconscient est sexuel : cette affirmation, par laquelle Freud a fait scandale, signifie que tous les désirs inconscients sont appelés à s'intégrer dans la sexualité génitale, grâce en particulier au complexe d'Œdipe. La théorie freudienne reconnaît en effet une valeur particulière à ce complexe, qui désigne l'attachement passionnel entre trois et cinq ans pour le parent de sexe opposé, joint à une haine jalouse du parent de même sexe, et contradictoirement, le complexe étant ambivalent, l'amour et l'admiration du parent de même sexe joint à une haine jalouse du parent de sexe opposé. Selon Freud, l'évolution ultérieure de l'homme est marquée par la manière dont le sujet surmonte la situation œdipienne. Il s'ensuit aussi que la question de la différence des sexes et son acceptation par chaque être humain joue dans la structuration inconsciente un rôle central et décisif.

Car l'inconscient est structuré. Une première topique, contemporaine de la première formulation des pulsions, définit cette structure selon deux systèmes antagonistes : le système inconscient et le système préconscient -conscient. L'inconscient est le réservoir des pulsions et de tout contenu psychique refoulé, en particulier les désirs de l'enfance. Il est mû par la recherche du plaisir au détriment du sens du réel. Les pulsions de l'inconscient, particulièrement mobiles et plastiques, tendent à faire irruption dans la conscience et à s'actualiser en conduites. Le préconscient renferme l'ensemble des données psychiques qui ne sont pas actuellement présentes à la conscience (souvenirs, connaissances, habitudes) mais peuvent le devenir à l'appel de la volonté. Entre l'inconscient et le préconscient se trouve une barrière, la censure, qui ne laisse passer les désirs inconscients dans le préconscient qu'après les avoir transformés ou déguisés. Sinon, ils sont refoulés. Cette censure s'exerce d'ailleurs également entre le préconscient et le conscient ; elle se relâche dans le rêve, d'où l'importance de celui-ci comme instrument d'analyse. Ainsi, l'hypothèse de l'inconscient instaure, de fait, la dimension d'une « psychologie des profondeurs » (Freud), et permet de comprendre certains processus pathologiques irrationnels fréquents concernant l'existence du sujet. Mais la découverte que le refoulement peut avoir lieu au sein même de l'inconscient est fondamentale, et amène Freud à rectifier ce schéma. C'est ainsi qu'il propose, à partir de 1920, sa conception définitive de l'appareil psychique, dans lequel il distingue désormais trois instances : le ça, le moi et le surmoi. Le ça désigne l'ensemble des

pulsions inconscientes, innées ou refoulées : c'est le réservoir des instincts, il est sans structure, intemporel, indifférent à la pensée logique et soumis à la seule recherche du plaisir. Le surmoi, tout au contraire, est une sorte de juge permanent du moi, d'où émanent interdictions et contraintes ainsi que l'image des comportements qu'il faudrait adopter pour lui être agréable (idéal du moi). Sa juridiction plonge jusque dans le ça et rend compte des refoulements et des censures inconscientes. Mais alors que le ça existe dès la naissance, le surmoi se forme au moment de la liquidation du complexe d'Œdipe par l'intériorisation des interdits parentaux, lorsque l'enfant forme son propre surmoi à l'image de celui de ses parents. Le surmoi est donc, au fond, d'origine sociale et sa sévérité s'alimente ultérieurement à celle des institutions politiques, morales et religieuses. C'est lui qui refuse la satisfaction de certaines pulsions. Le préconscient contient l'ensemble des représentations qui, sans être actuellement présentes à la conscience, peuvent y resurgir à volonté. Le surmoi est conçu comme une différenciation du ça qui se prolonge dans l'inconscient. Son rôle est d'assurer la synthèse de la personnalité par un compromis toujours remis en question, entre les exigences contradictoires du ça, celles de la réalité sociale et celles du surmoi. La névrose apparaît alors comme un échec du moi, tandis que la guérison est la reconquête lucide de l'équilibre perdu, accompagnée d'un renforcement important des défenses du moi.

Ainsi, le dynamisme psychique inconscient est intimement lié à l'idée de conflit, car c'est en termes de conflit qu'il faut décrire aussi bien la formation des névroses que le fonctionnement du psychisme de l'homme normal (c'est-à-dire de celui qui a réussi à les surmonter, la différence entre le normal et le pathologique n'étant jamais absolue).

Le concept d'inconscient est réaffirmé et creusé à la suite de Freud par Lacan, dont l'apport théorique fondamental est l'affirmation selon laquelle « l'inconscient est structuré comme un langage ». Lacan, qui s'appuie sur la linguistique structurale (F. de Saussure, E. Benveniste, R. Jakobson), donne une importance première au rôle que jouent les signifiants dans les représentations mentales, qu'ils soient purement linguistiques ou bien analogiques : «L'inconscient est la somme des effets de la parole sur un sujet, à ce niveau où le sujet se constitue des effets du signifiant» (13). La prise en compte des différents aspects de la structure ainsi définie est indispensable pour expliquer les conflits perpétuels qui caractérisent l'inconscient. Un phénomène ou une représentation sont dits inconscients quand ils sont articulés et organisés par des processus primaires tels que la condensation ou le déplacement, la métaphore et la métonymie ou encore les actes manqués, les lapsus, les

mots d'esprit. En outre, l'inconscient est action : pour Lacan, il existe une sorte d'équivalence entre l'acte inconscient et le désir, et le développement de la notion d'inconscient se confond avec l'histoire de la psychanalyse.

Cette dimension de l'inconscient, au centre de l'investigation théorique, constitue le principal ressort de la pratique psychothérapique. L'expérience analytique permet à un sujet qui souffre d'interroger ce que lui veut son inconscient. Il s'agit de permettre au sujet d'acquérir un savoir sur les mécanismes et la logique de ce qui le détermine dans l'inconscient, et constitue le ressort de ses symptômes. Pour Freud néanmoins, le but de l'analyse ne s'atteint qu'à travers une véritable communication d'inconscient à inconscient : « l'inconscient de l'analyste doit se comporter, à l'égard de l'inconscient émergent du malade, comme l'écouteur téléphonique à l'égard du microphone » ( 8), ce que Théodor Reik appellera plus tard « écouter avec la troisième oreille ».

## **2. L'invention de la cure analytique**

À l'époque de Freud, la médecine se veut mécaniste et positiviste et considère comme peu scientifique de mettre l'accent sur l'aspect psychique de la maladie. Même les psychiatres ne pensent guère pouvoir dépasser le stade de la classification des symptômes. Avec une exception toutefois : l'école française de Bernheim, à Nancy, et de Charcot, qui utilise à partir de 1882 l'hypnose, à l'hôpital psychiatrique de la Salpêtrière.

C'est en avril 1886 que Freud ouvre son premier cabinet, à Vienne, au retour d'un stage de quatre mois qui l'influence profondément, dans les services des professeurs Bernheim et Charcot, en France. Il s'associe au docteur Joseph Breuer, qui utilise depuis quelque temps l'hypnose dans le traitement des troubles névrotiques. Freud et Breuer acceptent de traiter des malades qui présentent des symptômes dont on pourrait diagnostiquer une pathologie grave (lésion, tumeur, altération du système nerveux) mais sont, sur le plan physique, en bonne santé. Les médecins ont l'idée de répéter sous hypnose à une patiente les paroles incompréhensibles prononcées dans une période de crise. Ceci déclenche un récit à vive tonalité affective chez la malade, qui se réveille en manifestant son émotion et se trouve guérie provisoirement de ses symptômes. Freud et Breuer sont alors conduits à postuler une nouvelle représentation de la vie psychique, où l'identité entre psychique et conscient doit faire place à une dualité : la conscience cesse d'être l'unique mode d'être de l'activité mentale.

Cependant, Freud interrompt sa collaboration avec Breuer et renonce à l'hypnose, car cette pratique est difficile à réaliser et incertaine, crée un lien de sujétion entre le médecin et son patient, et il s'avère que la guérison provoquée n'est pas stable dans le temps. Le Docteur Berheim, de Nancy, montre à cette époque que l'on peut vaincre l'amnésie post-hypnotique, et que les patients, mis sur la voie, arrivent à retrouver l'ensemble de leurs souvenirs. Freud décide alors de remplacer l'hypnose par un procédé purement psychologique : l'étude des associations libres. Au cours de la cure, le malade révèle à l'analyste tout ce qu'il pense ou imagine, sans rien dissimuler des images ou des idées les plus choquantes à ses yeux. Il fait également le récit de tous les rêves qu'il a pu faire. C'est en débrouillant l'écheveau de ces souvenirs, en surmontant les résistances du sujet, que le psychanalyste peut retrouver l'événement du passé qui a provoqué la névrose. Le traitement consiste à révéler progressivement à l'analysant l'origine lointaine de son mal et à lui en démonter le mécanisme dans le moindre détail, ce qui revient à lui permettre d'affronter lucidement, avec un moi fortifié, le conflit inconscient dont il souffrait, au lieu de le refouler. L'efficacité de cette prise de conscience vient surtout de ce qu'elle permet une plus juste appréciation des conflits que la petite enfance avait démesurément dramatisés, en provoquant notamment des sentiments de culpabilité tout à fait disproportionnés. De plus, le patient revit symboliquement son drame personnel et l'extériorise sur la personne de l'analyste, ce qui a pour effet de l'en délivrer (phénomène du transfert, reconnu par la suite comme indispensable).

La cure psychanalytique telle que la pratique Freud exclut tout usage de médicaments et se réduit à une série de séances, strictement confidentiels, entre l'analyste et son analysant. Elle peut durer plusieurs années, à raison de plusieurs séances par semaine. L'analyste ne procède pas par questionnements mais apporte son aide à l'analysant dans sa progression. Il n'y a pas de prise de note pendant la cure et pas de relation autre entre l'analyste et l'analysant que le fauteuil et le divan, durant la cure, payante à la fin de chaque séance. Son champ d'action ne recouvre toutefois pas le domaine entier de la maladie mentale, et Freud lui-même la déclare plus ou moins contre-indiquée pour les états psychotiques.

### **3. Classement pathologique**

Une revue approfondie des thèmes psychopathologiques est nécessaire pour voir s'il existe une certaine corrélation entre les trois pathologies psychanalytiques : perversion, névrose et psychose d'une part, et la définition psychiatrique de la personnalité comme « ensemble de manières stables de percevoir, de réagir et de concevoir son environnement et sa propre personne », et la pathologie sexologique d'autre part (16).

#### ***La Psychose***

Le terme de psychose, créé par Feuchtersleben (1845), recouvre de nombreuses acceptions qu'on peut classer en deux groupes : les psychoses aiguës et chroniques. La psychose se distingue de la névrose par le degré de conscience que le sujet a de ses désordres : il les reconnaît comme morbides dans la névrose, il est incapable d'en faire la critique dans la psychose. La notion de psychose, qui n'intervient pas dans la pathologie sexologique, recouvre en clinique psychiatrique toute une gamme de maladies mentales, qu'elles soient organo-génétiques (comme les paralysies générales) ou que leur étiologie reste encore mystérieuse (schizophrénie). La psychanalyse ne cherche pas à donner une classification de ce type d'affections, mais s'intéresse avant tout aux affections les plus directement accessibles à l'investigation analytique, en recherchant les distinctions fondamentales entre névroses, perversions et psychoses. Dans ce dernier groupe, diverses structures ont été identifiées : manie et mélancolie, schizophrénie et paranoïa, dont le point commun s'analyse dans la perturbation primaire de la relation libidinale avec la réalité, la plupart des symptômes découlant de cette perturbation, et apparaissant comme des tentatives de restauration de ce lien avec la réalité.

#### ***La Névrose***

Une névrose est une affection de l'équilibre psychique. Elle est structurellement différente de la psychose, car elle ne conduit pas à une désorganisation de la personnalité et ne perturbe pas fondamentalement la perception de soi et de la réalité. Par ailleurs, le sujet est conscient, au moins partiellement, du caractère pathologique de ses troubles, et le handicap engendré n'est, dans la plupart des cas, que relatif. Les traits de caractère, qui font qualifier un individu de discret, exubérant, renfermé, timide, agressif, etc., s'organisent

parfois en personnalités pathologiques, induisant alors un handicap qui peut invalider le sujet, en particulier dans ses relations avec les autres. On décrit ainsi les personnalités de type phobique, hystérique et obsessionnel, qui peuvent, à un stade ultime, développer des névroses du même nom. L'anxiété, peur sans objet réel qui s'accompagne en règle générale de manifestations corporelles, est présente dans la plupart des tableaux névrotiques. Néanmoins, c'est sous le terme de «névrose d'angoisse» qu'est regroupé l'ensemble des manifestations anxieuses qui se présentent chez une personnalité normale ou chez une personnalité pathologique de tout autre type.

#### *Névrose d'angoisse*

La *crise aiguë d'angoisse* se traduit par l'installation brutale – sans circonstance déclenchante – d'un état d'anxiété intense, qui va souvent de pair avec une peur de mourir de façon imminente ou de perdre la raison. Parfois la conscience du sujet est défaillante au point qu'il ne sait pas qui il est, ou en quel endroit il se trouve. Cette angoisse s'accompagne d'une oppression thoracique, de palpitations, de rougeur ou de pleurs, de sueurs ou de frissons, de vomissements ou douleurs digestives, de difficultés à respirer, d'envie d'uriner, etc. L'anxiété peut également devenir chronique ou généralisée. Elle correspond alors à un sentiment durable de tension interne, de peur et d'insécurité.

#### *Névrose phobique*

Le sujet présentant une personnalité phobique évite, autant que possible, les rapports avec les autres, par crainte excessive de s'enliser dans la situation qui pourrait en résulter. La névrose phobique induit un état de peur panique dont l'objet est variable. Ce trouble peut, dans sa forme extrême, empêcher le sujet de sortir de chez lui. Des médicaments adaptés, avec ou sans une «rééducation» comportementale, sont alors nécessaires pour la guérison.

#### *Névrose obsessionnelle*

La névrose obsessionnelle (encore dénommée Trouble Obsessionnel Compulsif, ou TOC, dans les classifications diagnostiques actuelles) se caractérise par l'irruption, dans la pensée du sujet, d'une idée absurde, reconnue comme telle par lui, et qu'il cherche à combattre. Ce phénomène engendre une anxiété sévère.

### *Névrose hystérique*

La personnalité hystérique, davantage observée chez les femmes, mais existant plus souvent qu'on ne le croit chez les hommes, se distingue par des traits de caractère tels que la perméabilité aux influences, une propension à plaire et à séduire, des émotions très variables et exprimées de façon spectaculaire. Lorsque la névrose est installée apparaissent des symptômes corporels affectant les fonctions de relation, en particulier l'activité nerveuse ; les éventuels paralysies, cécité, mutisme, contractures, anesthésies n'ont aucun soubassement organique. Freud considère ces «symptômes de conversion» comme une expression symbolique de conflits psychiques : un mécanisme de défense assiège le corps pour soulager le psychisme. Les symptômes observés – les tableaux cliniques – sont multiples et ils ont la caractéristique de suivre l'évolution des mœurs, de la société ou des progrès de la médecine. Cependant, le sujet hystérique ne simule pas volontairement ces symptômes, qui sont manifestement d'une origine psychologique inconsciente. La prise en charge des patients implique une action sur leur environnement et une psychothérapie.

### *La perversion*

Souvent, sous la catégorie des perversions viennent se ranger toutes sortes de considérations, fondées sur des critères moraux, sociaux ou médico-légaux, mais en tous cas inacceptables dans la mesure où elles restent totalement étrangères au champ psychopathologique. Il convient donc, au-delà d'appréciations à caractère normatif, de tenter de donner une définition psychogénétique des perversions, ne relevant que de la seule causalité psychique.

À cet égard, l'approche psychanalytique se révèle rigoureuse par son caractère opératoire et la question des perversions s'en trouve mieux éclairée sur le plan de l'intelligibilité clinique comme sur celui de l'efficacité thérapeutique. La notion freudienne de *pulsion sexuelle*, est un élément pivot de l'économie psychique des perversions, selon une double détermination : soit comme une déviation relative à l'objet de la pulsion sexuelle, soit comme une déviation relative à son but (5). Freud arrache définitivement le processus pervers d'une conception l'inscrivant comme déviation par rapport à la norme : pour lui, la *perversion s'inscrit dans la norme elle-même*. Le processus pervers, tout comme le processus sexuel dépend donc des fluctuations pulsionnelles, ce qui tend à établir un rapport direct entre névrose et perversion. Pour lui, «la névrose est pour ainsi dire le négatif de la

perversion» (5) : les symptômes morbides représentent une conversion des pulsions sexuelles, et lorsque tel n'est pas le cas, on se trouve en présence de névroses.

En 1915, avec son ouvrage *Pulsions et destin des pulsions* (9), Freud apporte un complément d'explication théorico-clinique des perversions. Il présente quatre types de destins pulsionnels : refoulement, sublimation, renversement dans son contraire, retournement sur la personne propre. Les perversions actualiseraient dans la réalité des modes de satisfaction sexuelle récusés dans les névroses, mais néanmoins présents dans ces dernières sous des formes travesties telles que les symptômes. Par la suite, Freud abordera d'autres aspects favorisant la compréhension du processus pervers : ce sont les notions de «déli de la réalité», «déli de la castration» et «clivage du moi». Le déni apparaît comme un mécanisme de défense à l'endroit d'une réalité perçue : la devise du pervers pourrait alors être «je sais bien... mais quand même...», mécanisme conflictuel qui fait coexister dans l'appareil psychique, sans s'influencer réciproquement, deux représentations psychiques totalement inconciliables. Freud en tire une conclusion en faveur de l'existence chez le pervers d'un «clivage du moi», sans que l'on puisse pour autant affirmer qu'il s'agit d'un mécanisme opératoire constitutif des perversions :

«Du déni de la réalité de la castration au clivage du moi, tout se passe comme si, dans les perversions, le sujet parvenait à maintenir ce paradoxe psychique qui consiste à savoir quelque chose de la castration, tout en n'en voulant rien savoir».

La question des perversions ne renvoie pas seulement aux théories sexuelles infantiles, mais plus généralement à celle de la différence des sexes. Finalement pour Freud, l'amorce du processus constitutif des perversions tourne autour de l'attribution phallique de la mère telle qu'elle intervient au cours de la période œdipienne, et qui pose une interrogation à l'enfant sur «quelque chose qui aurait dû être là et qui est vécu comme manquant» (6).

## **B- LA SEXOLOGIE**

### **1. Historique**

La sexologie ou « science du sexuel », est définie comme une discipline rattachée à la biologie, qui prend pour objet d'étude de l'activité humaine dans un but descriptif et thérapeutique. Le mot sexologie apparaît pour la première fois en anglais en 1867, et en français en 1911. La sexologie dans ses différentes tendances, est une discipline qui croise des champs de connaissance et des savoirs aussi divers que la médecine, la psychologie, la psychanalyse, l'anthropologie, la sociologie, la culture, la religion, ou la politique...

Il est nécessaire pour essayer de comprendre ce qu'est la sexologie, de retracer son histoire, d'étudier sa constitution comme science, et ses évolutions au XX<sup>e</sup> siècle.

On peut faire remonter les prémices de cette discipline au XVIII<sup>e</sup> siècle, avec la parution de traités sur la masturbation, comme celui du français Tissot. Mais les fondements scientifiques ne sont posés qu'un siècle plus tard par des chercheurs d'origine allemande ou de l'Europe germanophone, qui développent une approche au confluent de la psychologie et d'une médecine proche de la pensée médicale française. Ainsi, Richard Von Krafft-Ebing s'inspire d'une approche des désordres psychiatriques pour aborder les désordres sexuels d'un point de vue médical. La description des perversions établie par Krafft-Ebing se rapproche de la tradition psychiatrique française (telle que pratiquée alors par Esquirol). Ses recherches étendent l'aversion envers les crimes sexuels aux déviations, et par extension, à toute manifestation sexuelle. C'est ainsi que l'on passe de la criminalisation du sexe à sa condamnation et, par conséquent, à sa répression. Mais un autre scientifique, Havelock Ellis, utilise des déviations sexuelles semblables pour mieux comprendre n'importe quelle manifestation sexuelle (la sexualité "normale" ou courante). La grande innovation de ce précurseur de la sexologie est l'introduction du relativisme individuel et culturel, au moyen d'exemples pris à l'anthropologie ou à l'histoire culturelle, et en utilisant plus tard la zoologie. Alors que le primat était jusqu'alors donné aux déterminismes instinctuels, et la sexualité considérée comme une force naturelle d'essence animale, Ellis parvient à nuancer cette conception zoomorphique en insistant, entre autres, sur la plasticité des mœurs sexuelles humaines. La limitation progressive du concept biologique de dégénérescence permet l'étude de facteurs psychologiques, comme l'influence étiologique pour les désordres psychiatriques en général, et parmi eux les désordres sexuels.

Mais la véritable révolution de la pensée sexologique est toutefois initiée par Sigmund Freud (que l'on peut considérer comme le dernier des proto-sexologues ou comme le premier des sexologues). Celui-ci développe une approche psychiatrique, et en 1905, il commence à traiter le trouble sexuel, en s'intéressant au système psychique du sujet :

« Mon hypothèse est que ces pulsions sexuelles ne font que répondre aux exigences du système psychique : elles se forment et se précisent parce qu'elles ont une signification intrapsychique. Cela revient à reconnaître la prévalence du psychique sur le biologique et à poser la pulsion sexuelle comme un produit du système psychique (...) Lorsqu'il n'y a pas d'anomalies organiques, et c'est le cas chez la majorité des personnes, les pulsions sexuelles sont modulées (aspect quantitatif) et orientées (aspect qualitatif) par des facteurs d'ordre intrapsychiques. » (6)

Du point de vue de la médecine, la psychanalyse apporte trois prises de positions nouvelles, en postulant d'une part que des maladies peuvent être d'origine purement psychologique, en dédaignant d'autre part les symptômes en faveur d'une recherche approfondie des causes premières de toute maladie, et en fondant enfin la pratique sur une neutralité émotionnelle, qui implique l'élimination du désir de guérir, et partant, un comportement directif. Du point de vue théorique, Freud introduit aussi bien le concept biographique de la sexualité, c'est-à-dire que celle-ci commence à la naissance, que l'idée de séparer le sexuel du génital et le plaisir de la reproduction. La sexualité humaine est ainsi porteuse de significations qui vont bien au-delà de la finalité reproductrice. La sexualité peut avoir une fonction défensive, lorsqu'elle vient combler des besoins psycho-affectifs (primaires) ; elle peut répondre au besoin fusionnel : l'échange des corps et des cœurs permet de recréer l'unité duelle primitive et d'y retrouver une sécurité affective. La sexualité peut servir à réguler l'équilibre narcissique : la personne, aimante et aimable, permet d'augmenter l'investissement narcissique, et rehausser l'estime de soi. La sexualité peut favoriser la consolidation de l'identité et de l'orientation du genre. Enfin, la sexualité est au service d'Eros, la pulsion vie. L'érotisation maintient ainsi la mort à distance et constitue une défense efficace contre l'angoisse de la mort (*a contrario*, la dépression qui implique une baisse de l'intérêt à vivre, est accompagnée par exemple d'un désinvestissement érotique). Ainsi, le mérite de la première tentative de compréhension systématique de la dynamique des faits sexuels revient-il à S. Freud. C'est à partir de lui que la sexualité suscite l'intérêt du monde scientifique et médical, qui jusque là ne s'était pas intéressée à la recherche de jouissance, étant plutôt sensible à la souffrance et à la douleur, non pas plaisir.

Or, pendant les premières décennies du XX<sup>e</sup> siècle, les recherches et les progrès en cette science naissante, la sexologie, sont très nombreux : Reich, Van Velde, Hirschfeld, sont quelques-uns de ses plus significatifs représentants. Les efforts de ce dernier sous la république de Weimar en faveur d'une dépenalisation de l'homosexualité par exemple, inscrivent d'ailleurs une dimension militante de cette discipline, dans le droit fil de l'engagement politique. Mais cette activité florissante est brusquement réduite à néant par l'arrivée du nazisme, ce qui relègue dans l'oubli presque tous les progrès de ce premier XX<sup>e</sup> siècle.

Dans les années 1950, apparaît le fonctionnalisme américain avec Kinsey puis William H. Masters et V. Johnson. Kinsey par le biais de la statistique, a tenté d'évaluer le comportement sexuel supposé « normal ». Il en résulte un rapport, publié en 1948 et complété en 1953, qui montre que le comportement sexuel est très variable d'un individu à l'autre, et constate que les dysfonctionnements sexuels et certains types de perversions sont beaucoup plus fréquents qu'on ne le pense. Quant à Masters, son succès à partir des années 1960, aussi bien que l'oubli de son travail depuis les années 1990, sont significatifs des orientations et des enjeux majeurs qui sous-tendent la sexologie. Gynécologue-obstétricien de formation, Masters s'impose dans le domaine de la sexologie avec la publication de *Human Sexual Response* en 1966, qui livre une étude anatomo-physiologique des stimulations érogènes chez l'adulte. L'auteur y reprend au terme d'enquêtes longues et fournies, une approche empirique et instrumentale des zones érogènes, initiée avant lui par Kinsey (12) ou Dickinson (4). Au-delà d'un intérêt purement scientifique, les travaux de Masters marquent une étape fondamentale de la sexologie contemporaine pour au moins trois raisons. Au niveau de la méthode utilisée dans ses travaux d'abord, Masters initie une rupture d'ordre *éthique* par l'effort de transparence qui caractérise ses enquêtes, et la visibilité de celles-ci dans son travail. Au niveau des observations qui en ressortent ensuite, les travaux de Masters ont très vite une portée socio-idéologique qui dépasse leur simple intérêt scientifique, et explique leur popularité aussi bien que l'oubli actuel dont ils sont victimes. Les conclusions auxquelles aboutissent les observations anatomophysiologiques de Masters sont en effet considérées comme autant de légitimation scientifique de la remise en cause de l'ordre moral et sexuel dominant dès la fin des années 1960. Cette remise en cause se fait d'une part en avançant l'unicité de la fonction orgastique chez la femme, ce qui réhabilite le clitoris dans sa fonction érogène, attaquant du même coup la croyance en la supériorité phallique sur laquelle vit la société. Et d'autre part en affirmant une identité

psychophysiologique de l'expérience érogène chez l'homme et chez la femme, le cycle excitation-plateau-orgasme-résolution étant superposable d'un sexe à l'autre. Ces observations posent la fonction "orgasmogène" comme un processus global, impliquant vraisemblablement la mise en jeu d'une régulation cérébrale identique chez l'homme et chez la femme lors de sa phase finale. Enfin, au niveau de la pratique thérapeutique, Masters se fonde sur ces observations pour élaborer une approche des désordres de la sexualité qui affirme la primauté de la communication érogène, et porte son attention sur la dimension relationnelle qui sous-tend les troubles de la fonction érotique. Avec l'aide de sa collaboratrice, la psychologue Virginia Johnson, Masters pose ainsi les fondements d'une sexologie « humaniste », et innove par une stratégie de prise en charge où le thérapeute dépasse la relation médecin-malade pour s'intéresser à la communication érogène du couple, qui devient l'interlocuteur privilégié (sur les 790 dossiers qui fondent la matière du livre *Human Sexual Inadequacy*(14), 44 seulement concernent des célibataires). Cependant ces différents apports de Masters à la sexologie, qui font de lui une référence incontournable de la discipline, ont aujourd'hui tendance à être sous-estimés sinon oubliés. Ceci tient d'une part à un certain retour de l'ordre moral depuis les années 1980, accéléré par les effets moraux et sociaux de la pandémie du sida ; et d'autre part une évolution de la pratique sexologique, qui s'est convertie aux bienfaits des avancées techno-médicales, et fait prévaloir sur la prise en charge verbale, un traitement chimique des dysfonctions sexuelles.

Cependant, une approche sexologique par des stratégies thérapeutiques intégratives s'est développée dans les années 1990 : Helen Kaplan aux USA associe un travail analytique à une approche comportementale, Willy Pasini à Genève associe un travail analytique à une prise en charge corporelle, et Claire et Robert Gellman, sous le nom de "sexothérapie analytique", associent une psychothérapie analytique courte centrée sur le symptôme à une thérapie du couple, en s'aidant éventuellement de techniques de relaxation et de fantasmothérapie.

Aujourd'hui, la Sexologie est une science à la mode, et les médias, par le simple fait d'aborder si souvent le sujet et de donner la parole aux sexologues, reconnaissent cette spécialité. Cependant, les instances médicales officielles ne comptent que 15 dans le domaine de la médecine, parmi lesquelles la sexologie ne figure pas encore.

## 2. Les tendances

Il y a en sexologie différentes écoles, polarisées sur telle ou telle base disciplinaire de savoir et de connaissances. L'influence de la psychanalyse porte à mettre l'accent sur la sexualité infantine, la formation des genre (et le rôle du phallus), le fonctionnement du désir, la notion de jouissance, la fusion comme quasi instinct, ou comme pulsion fusionnelle, une force biopsychique maximalisée ou minimalisé par l'histoire personnelle, l'identification du moi, du ça et du sur-moi. La tendance médicale quand à elle se focalise sur le fonctionnement de l'organisme humain, l'anatomie des appareils génitaux, les phases et les étapes des relations physiques. Les études influencées par la psychiatrie se concentrent sur la personnalité, le traitement et les effets du symptôme. L'apport de l'anthropologie se remarque à travers la prise en considération de la sexualité des primates, et de la recontextualisation des homo sapiens sapiens comme appartenant à la famille des primates, de la distinction entre ce qui relève du génétique et ce qui relève du culturel. La référence à la sociologie intègre le fonctionnement de couple, le statut de la relation sexuelle en société, l'effet du social sur l'état psychologique et sa traduction sur l'axe sexologique. L'influence de la psychologie se manifeste à travers l'étude des comportements. La pharmacologie oriente la sexologie vers une attention aux médicaments et à une nourriture adaptée. La biologie et la génétique attirent l'attention de la discipline sur les recherches technomédicales...

Le développement de la sexologie est lié à la fois aux atouts et aux inconvénients de sa richesse interdisciplinaire. On peut penser notamment que si cette discipline connaît des divisions et des divergences, c'est qu'elle est prisonnière dans son développement interdisciplinaire, du dualisme qui structure profondément la pensée occidentale. La primauté est donnée au système binaire, auquel tout ou presque est réductible (sur le modèle du langage informatique : 0/1). Les efforts pour penser une relation peuvent à la rigueur admettre la représentation d'un système de coordonnées, par abscisses et ordonnées. Or, la tendance des études du comportement humain global, aussi bien que du comportement sexuel, a été de suivre généralement ce modèle, en se polarisant finalement selon les circonstances personnelles et l'environnement du chercheur. C'est ainsi que l'on peut avoir un point de vue optimiste ou pessimiste, scientifique ou humaniste ; les causes sont associées à un pôle de la dualité, plutôt qu'à l'autre (ou, selon les intégristes, à un seul des pôles, l'autre n'existant pour ainsi dire pas). C'est ainsi qu'on oppose naturel et artificiel,

biologie et éducation, hormones et apprentissage. Le jugement des comportements distingue quand à lui entre le normal et le pervers, ou encore le légal et l'illégal.

Cette tendance se nourrit aussi de la survalorisation des sciences, du mythe de l'objectivité scientifique, et de la sécurité sans doute illusoire de l'arithmétique. Pourtant, les calculs et les mesures ne garantissent pas le caractère scientifique d'un travail, non plus que son *universalité*, qui par ailleurs n'est pas forcément désirable (pour une thérapie par exemple, une durée de 30mn par séance, ou une fréquence de 2 fois par semaine, n'ont pas la même valeur en fonction du sujet, des circonstances etc.). Ceci est étroitement lié à un autre dilemme, aussi mal posé que les précédents, qui est l'opposition irréductible entre les sciences et les lettres – qui refuse en dernier lieu de considérer le monde comme un tout. Ainsi, pour interpréter certains symptômes, il serait tout aussi désastreux de chercher des interprétations uniquement psychologiques, que d'enquêter seulement les causes physiologiques. Par exemple, tel garçon émotionnellement instable peut avoir des problèmes affectifs, mais tout aussi bien souffrir d'un diabète non encore décelé. De même que la science positive et les humanités s'affrontent, de même un domaine qui engage autant de disciplines diverses que la sexologie reproduit ces dualités, au lieu d'intégrer les différents pôles par un effet de synergie.

Le savoir sexologique, et la pratique d'une sexothérapie sont deux choses différentes. Une sexothérapie s'élabore sur plusieurs étapes. Il s'agit d'abord de formuler une théorie en sexologie, fondée dans la plupart des cas sur des observations directes ou indirectes, des études interdisciplinaires et quelques hypothèses de bases. La deuxième étape est celle d'un classement pathologique des désordres sexuels. Enfin, la sexothérapie naît à partir d'un projet de prise en charge, une méthode d'accompagnement.

Les sexothérapies sont très diverses, corporelles, psychodynamiques, stratégiques, systémiques ou bien inclassables : on dénombre plus de 300 méthodes, qui chacune ont une base théorique et une manière de voir la pratique propres. Mais la majorité des thérapies sont issues des travaux de Masters et Johnson, avec une influence behavioriste où l'on tente de rétablir ou d'améliorer la communication entre les deux partenaires, et d'impliquer le conjoint dans la démarche thérapeutique (en effet, la majorité des troubles sexuels sont d'origines psychiques, et rares sont les causes organiques - à ne surtout pas négliger pourtant).

## La sexoanalyse

La Sexoanalyse, élaborée au début des années 80 (3), est à la fois une théorie de développement sexuel et une approche thérapeutique spécifiquement conçue pour le traitement des troubles sexuels. En tant que modèle thérapeutique, la Sexoanalyse a pour objectif le rétablissement d'une sexualité fonctionnelle et intégrée. Les patients sont amenés à comprendre le sens de leur problème à partir de l'analyse des fantasmes érogènes et antiérogènes, ainsi que les bénéfices et les anxiétés (conscientes et inconscientes) qui s'y rattachent. Dans un deuxième temps, la modification de l'imaginaire érotique erroné et la dissolution graduelle des anxiétés constituent les techniques privilégiées dans la résolution du trouble sexuel. On examinera les indications de la sexoanalyse ainsi que les étapes principales du processus sexoanalytique.

Comme modèle de développement sexuel, la sexoanalyse défend l'hypothèse de la proféminité. D'après les données embryologiques modernes, il existe une "femellité" primaire à l'origine de la vie intrafoetale. Pour devenir "mâle" morphologiquement il est nécessaire qu'il y ait une sécrétion des androgènes et une fonctionnalité adéquate de leur récepteurs et tissus cible.

La sexoanalyse postule l'existence d'une féminité primaire postnatale : pour que le garçon développe son identité masculine, il aura besoin de l'agressivité phallique comme facteur additif ou facilitateur. En plus, le garçon doit, également, changer d'objet d'identification. Il doit se désidentifier de sa mère pour ensuite s'identifier à un modèle masculin, habituellement le père. La tendance du garçon à investir davantage dans la masculinité serait corrélative avec la puissance de ses besoins d'individuation.

Chez la fille, le développement de l'identité de genre se fait d'une façon continue, sans rupture identificatoire. Sa féminité serait moins vulnérable que celle du garçon. À partir de cette hypothèse la sexoanalyse tente de comprendre les ruptures dans le processus du développement de l'identité sexuelle et de ses répercussions sur la sexualité. Dans cette perspective, la sexoanalyse propose l'hypothèse d'un lien entre genralité et orientation sexuelle; ainsi, les garçons efféminés ont de fortes possibilités de devenir homosexuels.

### *Hypothèse sexoanalytique centrale concernant la sexualité*

La sexoanalyse ne nie pas le rôle du biologique. Par exemple il existe une réalité endocrinienne : la diminution de la testostérone impliquerait habituellement une réduction du désir sexuel. Il y aurait une répercussion intrapsychique avec une diminution du nombre

de fantasmes et du désir sexuel. Malgré ce fait, ce n'est pas le système biologique qui déterminerait la sexualité, mais davantage le système psychique. Par exemple existent des femmes qui ont de désirs sexuels plus fréquents que la moyenne des hommes. La sexoanalyse n'est pas, non plus détachée du construit sociale.

Pour la sexoanalyse, la sexualité est vue, notamment, comme un construit psychoaffectif, où la sexualité a une signification pour chaque individu en fonction de son histoire psychosexuelle. Ces significations pourront être conscientes (point de l'iceberg) et/ou inconscientes. D'après le modèle biologique les hommes auraient une plus grande fréquence de désirs sexuels que les femmes à cause des androgènes, mais sexoanalytiquement l'homme a besoin davantage de la sexualité pour consolider son identité de genre qui est plus vulnérable. La femme a moins besoin de la sexualité pour consolider la sienne. Donc, en plus de cette fonction de consolidation générale et d'une fonction hédonique, la sexualité a d'autres fonctions, notamment :

a) fonction complétive qui constitue un lieu privilégié pour combler des besoins psychoaffectifs fondamentaux (fusion-antifusion).

b) fonction défensive qui servirait à masquer ou à résoudre provisoirement certains conflits. Ainsi, chez les hommes le fait d'avoir davantage fantasmes sexuels ou de sentir plus fréquemment le besoin de rencontres sexuelles, aurait une fonction défensive. Le sens de cette sexualité défensive serait de se protéger contre une plus grande vulnérabilité de son identité de genre.

D'autres fonctions de la sexualité seraient pour se protéger contre le vide narcissique et contre l'anxiété d'abandon. Par ailleurs, la sexoanalyse suppose, en plus, l'existence d'un inconscient sexuel régi par ses propres lois et pouvant être décodé par l'analyse des fantasmes et des rêves sexuels.

#### Critères de maturité sexuelle

Pour le développement sexuel, la sexoanalyse propose les critères de maturité suivants :

a) l'investissement de la spécificité sexuelle : sentiment d'appartenir à son sexe biologique (identité générale). Cela implique l'investissement des rôles dévolus à son propre sexe plus les caractéristiques psychiques associées à son genre.

b) l'intégration des composantes masculines et féminines : c'est l'investissement suffisant de sa spécificité (maturité générale), plus la capacité d'exprimer des particularités de l'autre sexe sans adopter une fonction défensive.

c) l'investissement de la complémentarité sexuelle : l'investissement érotique de la différence sexuelle et l'aptitude à l'intimité affective et corporelle avec l'autre sexe. Ici, est privilégié le lien hétérosexuel, non pas en raison d'une valeur normative, mais pour dépasser "l'unidimensionalité" qu'a l'humain. Dans cette perspective, le lien homosexuel basé sur l'attrait du semblable apparaît limitatif.

d) intégration des érotismes fusionnel et antifusionnel : capacité de codifier érotiquement les aspects fusionnels (tendresse, amour...) et les aspects antifusionnels (pulsions agressives) dans le lien hétérosexuel. Cela présuppose une absence de clivage entre l'objet d'amour et l'objet sexuel et une prédominance des pulsions d'amour sur les pulsions de haine. L'homme doit arriver à érotiser son agressivité et la femme doit parvenir à érotiser jusqu'à un certain point, l'agressivité phallique de l'homme à l'intérieur d'un lien amoureux.

e) prédominance de la fonction complétive (satisfaire des besoins psychoaffectifs) sur la fonction défensive de la sexualité.

#### *Modèle thérapeutique*

#### *Objectifs*

Comme approche thérapeutique, la sexoanalyse a par objectif la suppression du désordre sexuel et le rétablissement d'une sexualité fonctionnelle et intégrée qui tienne compte des critères de maturité sexuelle. Elle a pour fonction centrale d'amener la personne à la compréhension (le sens) et à la correction de son désordre sexuel à partir d'un travail sur l'imaginaire de la personne. Cette procédure aidera la personne à surmonter les anxiétés sexuelles et non sexuelles que son à la base de son désordre sexuel.

La durée peut être considérée comme de moyen terme : 25 à 125 rencontres. Le "setting" est caractérisé par des entretiens individuels face à face et d'une durée de 50 minutes une ou deux fois par semaine.

Le rôle du thérapeute : Le thérapeute doit être à l'écoute (sans prendre des notes) et favoriser les "insights" affectifs. Il doit adopter le rôle de "soi auxiliaire" et se situer comme un bon objet paternel et maternel. Il doit éviter faire des interprétations et laisser au patient le soin d'élaborer sa propre compréhension de son désordre sexuel. Il ne doit pas être un inquisiteur ni un moralisateur. Il doit adopter une attitude analysante et être capable d'objectiver et éclairer le matériel amené par "l'analysant". Il doit se centrer sur le focus sexuel et les interprétations sont plutôt interrogatives. Il doit favoriser l'individuation dès les

premiers rencontres plutôt que la dépendance. Le transfert n'est ni encouragé, ni interprété, sauf s'il constitue une résistance importante à l'évolution thérapeutique.

### *Processus thérapeutique*

Dans la pratique, les différentes étapes impliquées dans la démarche sexanalytique ne sont pas aussi circonscrites comme nous allons les décrire ici. Elles peuvent être interreliées, même depuis l'étape d'évaluation si à l'intérieur de celui-là on a déterminé la pertinence d'une sexanalyse. C'est pour de raisons didactiques et pour faciliter la compréhension des thérapeutes moins familiarisés avec cette approche que nous allons délimiter chaque étape et nous attarder à décrire ses objectives.

1. L'évaluation sexanalytique : cette étape est le point de départ et le préalable au processus thérapeutique proprement dit. Les objectifs visés sont les suivants :

a) déterminer s'il y a effectivement un trouble sexuelle.

b) trouver la genèse du problème : différencier s'il y a un trouble psychologique ou organique. À ce moment-ci, s'il y en a de doutes il faudrait faire une évaluation sexomédicale spécialisée pour déterminer le diagnostic différentiel.

c) déterminer le diagnostic sexologique provisoire.

d) apporter un pronostic avec traitement ou sans traitement.

e) déterminer la pertinence d'une sexanalyse (d'après les indications et critères de sélection) ou d'une sexanalyse d'essai d'un maximum de dix rencontres, au cas où il y aurait de doutes.

f) référer s'il y a lieu.

Cette évaluation devrait se dérouler dans les trois premières rencontres. Lors du premier entretien est important d'explorer les motifs de la demande et de ne pas se laisser "aveugler par le visible". Ces motifs pourront être conscients ou inconscients et nous donneront un indice de la motivation. On doit s'assurer de l'inexistence de demandes cachées ou défensives. Ainsi, quelqu'un qui consulte pour un problème d'impuissance que peut être relié à son orientation sexuelle. C'est important aussi de demander l'autohypothèse sur l'étiologie du désordre sexuelle : cela peut nous orienter sur la fonctionnalité de son désordre sexuel, c'est-à-dire sur les bénéfices et les anxiétés liés à son trouble sexuel.

Il est importante de faire une anamnèse sommaire de :

a) la nature de son désordre sexuel : primaire/secondaire, situationnel/sélectif, global, circonstances d'apparition. Dans les érotisations atypiques : fantasmé/agi, monomorphe/polymorphe, egosyntonique/egodystonique.

b) la situation sexuelle présente : les quatre phases de la réponse sexuelle, fréquence réelle/idéal, position préférée, satisfaction, investissement affectif, relation sexuelle la plus et la moins excitante, masturbation, réactions du partenaire.

c) l'histoire familiale : relation avec la mère et le père, relation du père et de la mère entre eux, les messages sur la sexualité, la perception du parent envers le partenaire et l'autre sexe, le rang et la relation dans la fratrie.

d) l'histoire sexuelle : les faits plus marquants de l'enfance à l'âge actuelle.

e) l'identité genrale : comment il se perçoit dans son identité sexuelle, l'idéal de son propre sexe, comment il croit être perçu par l'autre et le même sexe.

f) le lien intersexuel : la perception de l'autre comme être sexué, le degré de dysphorie éprouvé dans le rapport à l'autre sexe, le partenaire idéal, la capacité d'érotiser l'agressivité phallique.

g) la fantasmatique sexuelle : notamment, la nature et l'évolution des fantasmes érotiques de l'enfance à l'âge actuelle, les circonstances favorisant l'apparition du fantasme central, les liens entre le fantasme et la réalité.

h) les rêves sexuels récurrents.

i) l'histoire sociale : relations interpersonnelles, professionnelles, loisirs, délinquance.

j) le langage corporel.

k) l'histoire médicale et psychiatrique.

l) les attentes.

En conclusion

La sexoanalyse se présente comme une théorie de développement sexuel où la sexualité est considérée comme un construit psychoaffectif avec une signification particulière à chaque individu. La sexoanalyse accepte l'existence d'un inconscient sexuel régi par ses propres lois. Cet inconscient peut être décodé par l'analyse des rêves sexuels et des fantasmes érotiques. La sexoanalyse est aussi un modèle de traitement sexologique. Si après l'évaluation sexoanalytique une sexoanalyse est pertinente les objectifs principaux de la démarche thérapeutique sont établir une bonne alliance de travail, amener la personne à trouver le sens de sons désordre sexuel, utiliser son imaginaire comme moyen d'accéder à l'inconscient et comme expérience correctrice.

### **Les thérapies d'inspiration cognitivo-comportementale**

Inspirés des travaux de Masters et Johnson, l'approche cognitivo-comportementale se fonde sur la valorisation de la sensibilité corporelle et la dimension psycho-affective. Il s'agit d'amener la langue du corps à compléter le langage verbal, ce qui donne une nouvelle nosographie des troubles sexuels. Depuis les enquêtes de Kinsey, le but de cette approche sexothérapique est une guérison des dysfonctions sexuelles, par une stratégie qui s'attaque aux facteurs opérants actuels du trouble. Les causes directes peuvent être :

- Pour les facteurs d'inefficacité sexuelle : la carence d'information, l'information sexuelle erronée, condition de fuite devant le plaisir, mauvaise communication conjugale.
- Pour les facteurs spécifiques d'anxiété : la crainte de l'échec, l'obligation de résultats, l'altruisme excessif ( négliger de ses propres besoins ),
- Le phénomène auto-supervision(1) : être le juge, le spectateur de sa performance

Le traitement des sexopathies passe notamment par la prescription d'exercices érotiques. Les *sensate focus* sont des exercices comportementaux qui utilisent l'exploration en couple du corps de chaque partenaire par les différentes modalités sensorielles et la focalisation sur ces sensations. Ces exercices sont la base des thérapies comportementales des couples dysfonctionnels.

### **Les psychosomatothérapies**

Les psychosomatothérapies sont des thérapies corporelles(1). On distingue entre psychosomatothérapies analytiques et psychosomatothérapies structurées. L'idée de la thérapie corporelle est de travailler sur le corps tel qu'il est ressenti et vécu, en se fondant sur une communication « globale » qui au delà de la parole, impliquerait l'ensemble des sens et des interfaces qui nous relient au monde et à l'autre. Les psychosomatothérapies considèrent principalement, à la suite de Masters et Johnson, les facteurs d'échec sexuels suivants :

- L'anxiété sexuelle avec ses manifestations somatiques et neuro-végétatives
- L'émotivité
- La crainte de l'échec
- L'anxiété de performance
- L'attitude distanciée de spectateur
- La honte, la culpabilité, les douleurs
- Les représentations négatives de soi-même : aspect corporel, look, petit pénis, odeurs...

- Divers fantasmes anxigènes : grossesse, MST, SIDA, réactions négatives du ou de la partenaire
- Le parasitisme mental.

Le référent principal dans le domaine des somatothérapies est Wilhelm Reich. La thérapie reichienne a donné naissance à de nombreuses approches thérapeutiques dont la plus importante est "l'analyse bio-énergétique" mise au point par A. Lowen, qui est le prototype des somatothérapies. Il s'agit d'un travail sur le corps qui produit des émotions, des sensations, des effets psychiques qui sont ensuite analysés verbalement.

Les somatothérapies structurées sont centrées sur le trouble sexuel pour lequel le patient est venu consulter. Elles se finissent quand ce trouble a disparu. Elles sont en général de courte durée (deux à quatre séances par mois sur 6 mois à un an). Ces séances associent un travail de type psychothérapeutique à de l'hypnose, de la relaxation, la musicothérapie... et un travail sur le corps et les émotions.

Les somatothérapies analytiques (utilisation des somatothérapies dans une approche de type analytique à partir du corps) se pratiquent quand le trouble sexuel est dû à des traumatismes. Ces approches se fondent sur un travail sur le corps et ses blocages, en plaçant au centre la notion de « lâcher-prise » (laisser-aller). L'approche analytique s'intéresse aux souvenirs et aux traumatismes de la période infantile, et. La durée de la thérapie est beaucoup plus longue (3 à 4 ans).

Ces thérapies corporelles utilisent un ensemble de techniques qui exigent divers degrés d'implication du sujet, tels la relaxation, les massages, les exercices de *sensate focus*, la musicothérapie, ou encore l'aquathérapie. Elles privilégient le travail de groupe.

En ce qui concerne la France, la sexologie ne se revendique pas à proprement parler d'une méthode spécifique. Dès sa fondation, en 1974, la Société Française de Sexologie Clinique (SFSC) a opté pour une approche éclectique. Ainsi, se sont développées parallèlement des formations et spécialisations d'inspiration psychanalytique (Gérard Vallès, Georges Teboul), enrichies par la sexoanalyse (Claude Crépault), ainsi que des approches d'inspiration cognitivo-comportementale faisant suite aux travaux de Masters et Johnson d'inspiration gestaltiste (sexo-Gestalt), hypnothérapeutique ou systémique.

Depuis quelque temps, on distingue souvent les « sexologues » médecins et les «sexothérapeutes », englobant des spécialistes psychothérapeutes non médecins. La formation de ces derniers, assurée dans plusieurs universités ainsi que par des associations

privées, intègre des interventions biomédicales ou endocrinologiques, des thérapies comportementales et une analyse des problèmes psychologiques profonds intra et inter psychiques et des problèmes relationnels des couples. Afin de souligner la place importante de la dimension émotionnelle et relationnelle en Sexologie humaniste analytique, Michel Meignant a proposé le terme « d'amourologie ».

### **3. La sexologie humaniste : biologie des primates**

La sexologie humaniste se donne pour vocation une recherche sur la fonction érotique, dans un système de pensée fondé sur le primitivisme. Cela renvoie à un respect total des différences culturelles (de l'originalité des cultures), avec un axe de pensée qui est de reconnaître la continuité de notre identité d'homme moderne, mais en remontant en amont, vers la question de l'héritage phylogénétique (la part du singe). Ce lignage phylogénétique débouche sur une réflexion sur les *invariants* – ce qui se situe en amont du culturel.

Au XX<sup>e</sup> siècle, à partir de la théorie de l'évolution des espèces de Darwin, le cousinage entre l'homme et les autres primates – surtout les singes – est confirmé par des études paléontologiques, anatomiques, génétiques et comportementales. L'ordre des Primates peut, mieux que n'importe quel autre ordre, être défini par ses tendances évolutives majeures: la prédominance de la vision sur l'olfaction ; l'amélioration des qualités de préhension et de manipulation, en rapport avec la main ; le développement du cerveau, qui augmente en volume et en complexité. À cela s'est ajouté le passage de la locomotion quadrupède, arboricole ou terrestre, à la marche redressée et à la bipédie, qui aboutit à la station droite. Les primates dits supérieurs (les *simiens*), à savoir les singes et les hommes, se distinguent des lémurien par la disposition des yeux, la structure de l'encéphale et, surtout, par la réduction du nombre de dents. Trois familles ont pu être définies parmi les simiens : celle des hylobatidés (gibbons et siamang), celle des pongidés (orang-outan, gorille et chimpanzé) et celle des *hominidés* (hommes actuels et fossiles). L'ancêtre commun des grands singes actuels et des hommes n'a pas encore été découvert; c'est le «chaînon manquant» dont parlait déjà Darwin.

Cette tendance de la disciplin sexologique, fondé sur une approche anthropologique, rappelle que le fonctionnement de la sexualité humaine est avant tout fondé sur la sexualité

des primates. Le fonctionnement érotique étant un plus inventé et maintenu par des efforts culturels. Or, la fonction érotique apparaît comme étant le principal système de défense, d'auto-défense devant la déperdition du sens, que l'on peut donner à l'existence. Elaborer pour soi-même ou en couple un langage, valoriser le travail des organes dans le sens d'un accès à la jouissance, sont autant de manières de refuser le voyeurisme anatomique, et de replacer le corps au centre de l'émotion particulière qui naît de la sexualité. Cette sexologie reconnaît une structure et un vocabulaire de la fonction érotique, directement issus des acquis du vocabulaire érogène naturel. Mais au-delà, la relation érotique - qui est au centre de la sexualité traitée par la sexologie humaniste - consiste à gérer deux questions fondamentales au cœur du rapprochement vers l'autre : amoindrir le dégoût qu'il nous inspire –et qui est surmonté par amour, et régler la question de *l'épouvante* (surtout valable pour les hommes, et proche du complexe de castration).

Du point de vue de la pratique clinique, la sexologie humaniste se fonde sur les éléments de réflexion énoncés ci-dessus, pour poser quelques principes premiers :

- La sexologie n'est pas une thérapie puisqu'elle est sélective dans ses projets de prise en charge.
- Il n'y a pas de guérison en sexologie : il n'y a aucune obligation de résultat. On ne parlera donc pas tant de thérapie, que d'un accompagnement.

## II LA TECHNIQUE PSYCHANALYTIQUE

### A- Déroulement de la cure

#### 1 . Historique

Le psychanalyste, lorsqu'il s'agit de psychanalyse appliquée, se fonde sur les concepts et les principes de la psychanalyse pour éclairer la structure de chaque cas, pour orienter une pratique de parole avec chaque patient. Le sujet est accueilli comme sujet de l'inconscient, sujet désirant - et non pas objet d'un discours médical ou de quelque démarche éducative ou « normative ».

Le traitement consiste à révéler progressivement à l'analysant l'origine lointaine de son mal et à lui en démonter le mécanisme dans le moindre détail, ce qui revient à lui permettre d'affronter lucidement, avec un moi fortifié, le conflit inconscient dont il souffrait, au lieu de le refouler. L'efficacité de cette prise de conscience vient surtout de ce qu'elle permet une plus juste appréciation des conflits que la petite enfance avait démesurément dramatisés, en provoquant notamment des sentiments de culpabilité tout à fait disproportionnés. De plus, le patient revit symboliquement son drame personnel et l'extériorise sur la personne de l'analyste, ce qui a pour effet de l'en délivrer (phénomène du transfert, reconnu par la suite comme indispensable).

Il est utile, pour définir ce qu'est la cure analytique, de se référer à la distinction introduite en 1964 par Jacques Lacan, à la fois entre la psychanalyse et la psychothérapie, et entre la psychanalyse pure et la psychanalyse appliquée à la thérapeutique. Ce qui est en question, c'est l'usage qui est fait de ce que Lacan appelle le « signifiant-maître ». Jacques-Alain Miller a fait remarquer qu'il est important de « savoir faire la différence entre l'usage du signifiant-maître dans la psychothérapie et son usage dans la psychanalyse appliquée à la thérapeutique »<sup>a</sup>. Le problème est celui du risque que court le patient, d'être la proie de la suggestion par laquelle il arrive qu'il se laisse capturer. Ce risque vient de ce que la raison de la demande du patient est, d'une part, la constitution d'un symptôme dont il souffre et, d'autre

---

<sup>a</sup> Jacques-Alain Miller, *Allocution de clôture aux Journées d'études de l'ECF en octobre 2000*.

part, la croyance à l'existence de ce symptôme. Relativement à l'existence d'un tel symptôme, il convient donc de faire la différence entre l'expérience du clinicien, le souci de guérir du thérapeute et le désir de l'analyste. La portée de ces trois termes - expérience, souci et désir- doit être soigneusement pesée (ce qui conduit à s'interroger au sujet de la responsabilité du psychanalyste).

Enfin, la cure analytique a une direction, ce qui signifie qu'il y a un progrès de la cure qui la conduit jusqu'à sa conclusion. Cela implique un commencement et une fin, ainsi que des moments cruciaux. Or une telle trajectoire suppose que soit saisi ce que Jacques-Alain Miller a appelé «l'os de la cure», c'est-à-dire ce qui constitue le mode de jouir du patient.

## **2. Les tendances**

Nous nous intéresserons ici d'une part aux principales écoles de psychanalyse qui constituent la discipline aujourd'hui, et d'autre part aux différentes pratiques d'écoute qui se sont développées à partir d'une approche psychanalytique.

### *Les écoles psychanalytiques*

Il est important de noter que nous nous limiterons aux auteurs qui relèvent du champ de la psychanalyse dite « freudienne », dans un sens large. Nous excluons les travaux de Alfred Adler et de ses disciples (la psychologie individuelle), ceux de C.G. Jung (la psychologie des profondeurs), et ceux d'autres dissidents notoires (O. Rank, W. Reich,...). Tous ces auteurs, malgré une certaine parenté avec la psychanalyse, ont développé soit une conception de l'inconscient ou de la théorie des pulsions suffisamment différente de celle généralement admise en psychanalyse, soit une technique contrevenant aux principes de base, pour que nous considérions que leurs travaux se situent hors du champ de celle-ci. Nous identifierons d'abord quatre grandes écoles, avec tout l'arbitraire que cela comporte, correspondant aux régions les plus impliquées historiquement en psychanalyse : L'Angleterre, la France, les États-Unis et l'Amérique du sud.

Les écoles britanniques dans l'ensemble mettent l'accent sur la clinique, la relation d'objet et le fantasme. La psychanalyse britannique a été fortement marquée, du moins sur le plan organisationnel, par la présence d'Ernest Jones, qui s'est établi à Londres vers les

années 1910 après avoir séjourné en Amérique pendant plusieurs années. Sous l'impulsion de Jones se développe très rapidement une psychanalyse britannique ayant son champ particulier d'investigation. Dès le début, la société compte un nombre important de femmes et aussi de non-médecins, ce qui favorise le développement d'une tradition axée sur la clinique et sur le traitement psychanalytique des enfants. Mélanie Klein en 1925 donne à la pensée psychanalytique anglaise sa grande particularité. Elle élabore une œuvre originale, explorant les méandres de la préhistoire de la vie psychique.

Les écoles américaines portent leur intérêt sur l'adaptation, le Moi et ses rapports à la réalité. C'est probablement aux États-Unis que la psychanalyse a connu son plus haut degré de pénétration des instances officielles. Dans ce contexte où la psychanalyse s'est retrouvée du côté du pouvoir, elle s'est étendue mais aussi diluée au point qu'à la fin des années 1950, la psychiatrie américaine était devenue pour l'essentiel une psychiatrie dynamique, et le développement des enfants était considéré selon les stades du développement psycho-sexuel. Une des plus grandes particularités de la tendance nord-américaine est d'être dès le début réservée dans sa pratique à la profession médicale. La médicalisation de la psychanalyse et son introduction dans le cursus universitaire de la formation des médecins ont favorisé la mise en évidence des visées thérapeutiques et adaptatives, et forcé un mouvement vers l'efficacité. Bien que cela puisse être louable en soi, cette démarche s'est effectuée le plus souvent au prix d'une banalisation de la vie psychique individuelle, d'une domestication de l'inconscient et de la recherche d'une adaptation sociale « normale ». D'une façon générale, si la psychanalyse américaine semble en crise, c'est peut-être de s'être prétendue aussi efficace que des approches axées sur le symptôme. Cependant la psychanalyse américaine est actuellement principalement associée aux diverses approches plaçant l'aspect interpersonnel à l'avant-plan. Ayant en commun de privilégier la relation entre l'analyste et son patient, souvent au niveau de la réalité, les auteurs inter-personnalistes ont considérablement développé les concepts de transfert et de contre-transfert, et se sont penchés sur l'importance de la réalité et de sa prise en compte dans la cure.

Les écoles sud-américaines proposent dans l'ensemble une psychanalyse engagée, issue des courants post-freudiens. Le trait dominant de la psychanalyse sud-américaine est de s'être surtout développée sous l'influence des théoriciens post-freudiens, faisant une large part au kleinisme et au lacanisme.

Les écoles françaises s'intéressant surtout à l'étude des textes de Freud et la métapsychologie, la psychanalyse s'est développée en France avec un certain retard et par

des voies inhabituelles. L'entrée de la psychanalyse en sol français s'est principalement effectuée du côté des arts avec la montée du surréalisme et les œuvres d'auteurs tels André Gide et Paul Bourget, ce qui a eu pour effet de mettre la psychanalyse à la mode sur la base de connaissances souvent très superficielles. Dans les milieux psychiatriques, Edouard Pichon a joué un rôle important dans l'introduction de la psychanalyse en institution, principalement à Sainte-Anne. A partir de 1964, deux institutions se partagent le champs de la psychanalyse en France : *l'Association Psychanalytique de France*, qui obtient rapidement une reconnaissance officielle, et *l'École Freudienne de Paris*, cette dernière sous l'entière autorité de Lacan. Jacques Lacan, psychanalyste français né en 1901, a été le premier à montrer que l'expérience analytique est une expérience de langage. Elle obtient donc ses effets par le moyen de la parole et du discours. La pratique lacanienne pose ainsi que l'inconscient est « structuré comme un langage » qui se lit et se déchiffre : la pratique analytique est logique, transmissible. Or ce déchiffrement mène le sujet non pas vers un « supplément de sens » comme version moderne du supplément d'âme, mais vers ce qu'il y a de plus réel dans sa vie, la jouissance du corps et le désir. Lacan a toujours maintenu le tranchant de la doctrine freudienne, en dégagant ses principes et l'articulation de ses concepts fondamentaux : l'inconscient qui se noue à la répétition, le transfert dont la dynamique dépend du jeu des pulsions qui animent le sujet. Très ferme sur les principes freudiens qui orientent la pratique de la psychanalyse, Lacan a montré que ceux-ci supposent de fournir au psychanalyste et au patient une grande liberté d'action. En particulier il a montré que le temps de la séance et le maniement de la relation analytique ne pouvait se fixer par l'imitation de la manière de Freud. Mais le traitement analytique suppose surtout un psychanalyste formé à sa pratique – et qui s'essaie à la réinventer dans chaque nouvelle cure, sans perdre sa singularité. Pour Freud, l'essentiel de la formation du psychanalyste consistait dans un certain effet obtenu sur le sujet par la cure psychanalytique dans laquelle il s'était engagé à des fins didactiques. Lacan veut aussi que les psychanalystes se recrutent à partir de l'examen de leur rapport à l'inconscient et à la psychanalyse, en prenant pour point de départ leur expérience d'analysant. Ce rapport se résume d'un mot qui est au cœur de la pratique : le désir du psychanalyste. Ce désir peut surgir au point où le sujet découvre, comme analysant, de quoi est fait le désir d'un analyste. Lacan a proposé que l'analysant, devenu ainsi analyste, puisse témoigner auprès de ses collègues de ce désir de l'analyste, propre à chaque praticien, dans une expérience originale qu'il désigne comme « la Passe ». Pour conclure, la pratique lacanienne se situe au plus près de la position freudienne : une

grande rigueur logique au niveau des principes et des concepts, mais aussi une liberté vis-à-vis des conventions pour se tenir proche du caractère insaisissable de l'inconscient, toujours prêt à réviser ses refoulements, et qui a changé depuis Freud. Concrètement, la méthode de Lacan est axée sur des séances courtes, un travail sur le signifiant, l'arrêt possible des séances par psychanalyste, plus de silence et moins d'interprétation, l'objectif de la cure étant de trouver l'objet cause de son désir : son *nom-du-père*.

### *Les psychothérapies issues de la psychanalyse*

La psychanalyse date maintenant d'un siècle, et il va de soi qu'elle a considérablement évolué, en fonction des mentalités d'une part, et des recherches scientifiques d'autre part — notamment en neurosciences, en génétique et en psychopharmacologie. Cependant, les pratiques dites *d'écoute* sont de plus en plus nombreuses et de plus en plus variées. Chaque fois qu'un événement accidentel susceptible d'avoir pour conséquence un traumatisme se produit, il est fait appel à un praticien de l'écoute et du soutien psychothérapeutique. On peut considérer que la plupart des psychothérapies contemporaines sont issues de la psychanalyse (même si certaines s'en sont nettement écartées).

En France, après un fort développement pendant une vingtaine d'années (1960-1980), la psychanalyse semble en déclin progressif face à l'apparition des approches cognitivo-comportementales, des thérapies familiales et des diverses variantes du mouvement dit « humaniste » ou existentiel, regroupant : Gestalt-thérapie, analyse transactionnelle, thérapie centrée sur la personne, psychodrame, psychosynthèse, PNL, nouvelle hypnose, analyse psycho-organique, Sophia-analyse et thérapies psychocorporelles.

### *Le psychodrame psychanalytique*

Le psychodrame souffre d'un handicap sérieux : il est difficilement praticable en séances individuelles (sauf dans sa variante de monodrame), et donc, il est surtout utilisé dans des institutions d'enfants ou de malades mentaux, ou encore dans des groupes de développement personnel, plutôt qu'en thérapie.

### *La Gestalt-thérapie (GT)*

La Gestalt propose une approche holistique des cinq dimensions principales de l'être : les dimensions physique, affective, intellectuelle, sociale et spirituelle, ou — si l'on préfère

— le corps, le cœur, la tête, les autres et le monde (Ginger, 1987). Elle se pratique aussi bien en groupe qu'en séances individuelles. Les praticiens français contemporains suivent avec intérêt les recherches en neurosciences et les diverses approches de psychopathologie dynamique.

#### *L'Analyse transactionnelle (AT)*

Eric Berne a réussi à vulgariser la psychanalyse en la rendant accessible à travers un vocabulaire vivant et humoristique, issu des « jeux » et transactions de la vie quotidienne(2). Dans sa version psychothérapeutique, l'AT souligne l'importance d'un contrat clair, d'une approche associant les dimensions cognitive, émotionnelle, comportementale et groupale, valorisant les résultats visibles, sans négliger pour autant la dimension du transfert.

#### *La Psychosynthèse*

Roberto Assagioli, qui entretient des relations avec C.C.Jung dès 1909, est le premier psychanalyste italien. Il crée sa propre approche, la psychosynthèse, en 1926 ; et c'est sans doute la première psychothérapie intégrative en Occident, incluant le corps, les émotions, l'intellect et la dimension spirituelle, tout en utilisant la musique, le dessin, la visualisation, mais aussi la catharsis. Dans certains pays, la psychosynthèse est associée à la Gestalt-thérapie (Pays-Bas, Belgique, Norvège), développant une approche holistique — qui ne néglige ni le corps ni la spiritualité.

#### *La Psychothérapie Neuro-Linguistique (ou PNL thérapeutique)*

La PNL est élaborée par Grinder et Bandler, en Californie, dans les années 1970, notamment à partir de l'observation de thérapeutes de renom : Fritz Perls (Gestalt-thérapie), Virginia Satir (thérapie familiale), Milton Erickson (hypnothérapie). Elle est centrée sur l'analyse méticuleuse des modèles de fonctionnement de chacun, et sur l'apprentissage de méthodes efficaces de communication et de changement (et non sur l'analyse de pathologies, comme plusieurs autres thérapies).

#### *La Sophia-analyse*

Créée par Antonio Mercurio, la Sophia-analyse est issue de la psychanalyse et intègre la dimension existentielle, philosophique et anthropologique. Elle se réfère

notamment aux concepts issus de l'école anglaise (M. Klein et Winnicott), et exploite volontiers le travail en groupe ainsi que l'aspect créatif et artistique.

#### *L'Analyse Psycho-Organique (APO)*

L'APO a été développée par Paul Boyesen à la fin des années 1970, à partir de la Psychologie Biodynamique. Elle associe une approche psychanalytique et une approche psychocorporelle ; en APO, une pensée n'a pas seulement un contenu mais aussi un contenant : le corps. Le mot passe par une image et touche le corps ; inversement, à partir de « l'inconscient cellulaire », se forment une image et un mot.

#### *L'hypnose ericksonienne*

L'hypnose ericksonienne a progressivement détrôné l'hypnose traditionnelle en France. Elle implique une auto-hypnose, avec modification du niveau de conscience. L'hypnose ericksonienne est pratiquée notamment dans la gestion de la douleur, dans les syndromes de stress post-traumatique, les troubles psycho-somatiques. En France, elle est enseignée aujourd'hui dans une demi-douzaine d'instituts et souvent réservée aux seuls médecins.

#### *Les thérapies cognitivo-comportementales (TCC)*

Les TCC sont basées sur une approche essentiellement expérimentale et pragmatique, laissant une large place à des études de validation. Elles se pratiquent en séances individuelles, en groupe ou au sein d'institutions. Elles sont basées sur les théories de l'apprentissage, du conditionnement (Pavlov et Skinner) et l'étude des croyances. Les traitements sont en général de courte durée (10 à 20 séances, en moins de six mois). Les TCC sont très répandues dans les pays anglo-saxons et scandinaves, mais ont eu relativement moins d'impact en France, en dehors de quelques services hospitaliers, traitant notamment des phobies et des troubles obsessionnels (TOC).

## B - L'écoute psychanalytique

### 1. Valeur du signifiant

L'expérience analytique se situe dans le champ de la parole et, à ce titre, commande un examen du langage lui-même en ses éléments constitutifs : les signifiants<sup>a</sup>. Freud et Breuer, dans les cures qu'ils entreprenaient avec les patientes hystériques avaient déjà mis en évidence un tel caractère : c'est de pouvoir dire ce qu'elle n'a jamais pu énoncer que l'hystérique guérit (10). Ainsi Anna O., la première patiente de Freud, nommait-elle la cure psychanalytique *talking cure* (cure par la parole). L'évolution ultérieure de la psychanalyse ne fait qu'accentuer la nécessité d'une attention constante au langage, aux mots, aux paroles dites dans la cure par les patients. C'est la raison pour laquelle la méthode psychanalytique qui prend en compte la remémoration par le patient de souvenirs pathogènes ainsi que l'émergence dans la réalité, sous forme de symptômes, de conflits inconscients latents, s'est particulièrement intéressée aux « formations de l'inconscient ». L'oubli, le lapsus, l'acte manqué, le mot d'esprit ou le rêve sont, en effet, tous réglés par des enchaînements de langage particulier, qui ne font autre chose que d'exprimer un désir. Jacques Lacan s'est attaché dans son œuvre à systématiser cette problématique en la recentrant sur le concept de *signifiant*.

Le terme de *signifiant* est emprunté par Lacan à la linguistique, en particulier à F. de Saussure et à R. Jakobson (15). Pour Saussure, le *signe linguistique* est une entité psychique à deux faces : le « signifié » ou concept (par exemple, si l'on pense au mot « table », il s'agit de l'idée de la table, et non d'une table réelle), et le « signifiant » qui s'analyse également en une entité psychique, puisqu'il s'agit non pas du son matériel que l'on produit en prononçant le mot « table », mais de l'image acoustique que provoque un tel son. Le *signe linguistique* de Saussure est alors représenté par l'algorithme s/S, qui matérialise l'union d'un concept, le signifié s, à une image acoustique, le signifiant S. Selon Saussure, le signe linguistique est « arbitraire » dans une langue donnée, c'est-à-dire qu'il n'existe aucun rapport de nécessité entre s et S, si ce n'est ce qui fait consensus dans un groupe parlant la même langue. Par ailleurs, ce signe dans son arbitraire est « immuable », quoique pouvant

---

<sup>a</sup> [http://fr.encyclopedia.yahoo.com/articles/sy/sy\\_1242\\_p0.html](http://fr.encyclopedia.yahoo.com/articles/sy/sy_1242_p0.html)

subir des altérations. Enfin, il a surtout le caractère d'être « linéaire », ce qui implique que les signifiants s'agencent dans la langue en une suite que l'on appelle la « chaîne parlée », à laquelle Lacan donnera le nom de « chaîne signifiante ». R. Jakobson, de son côté, détermine deux pôles de langage : la *métaphore* et la *métonymie*. Évoquant *L'Interprétation des rêves* de Freud, il s'attache à démontrer que les mécanismes de formation des rêves, la condensation et le déplacement, sont des mécanismes parallèles à ceux de la métaphore et de la métonymie, ce que Lacan reprend par la suite.

Lacan s'approprie les concepts de la linguistique structurale, en les appliquant à l'expérience analytique. Ce changement de champ va entraîner un certain nombre de distorsions que Lacan s'est autorisé à faire, et qui se révèlent en fait fécondes pour la théorie psychanalytique. En premier lieu, l'algorithme saussurien du signe linguistique est inversé, pour devenir S/s. Lacan veut mettre par là en évidence ce qu'il appelle la « suprématie du signifiant sur le signifié ». Il en résulte que, selon Lacan, *c'est le signifiant qui gouverne le discours* et non pas l'inverse. Quant à la barre de l'algorithme située entre S et s, elle représente la « résistance à la signification », où l'on retrouve l'idée freudienne de *censure*. C'est ainsi que Lacan a pu poser l'hypothèse de l'inconscient « structuré comme un langage », hypothèse également fondée sur les concepts de *métaphore* et de *métonymie*.

La métonymie s'analyse en une figure de style, qui consiste à désigner un objet par un autre terme que celui qui est habituellement employé, et qui lui est associé *par contiguïté* (tel les expressions : « *une voile à l'horizon* », « *croiser le fer* », ou encore « *boire un verre* »). Le mouvement de la métonymie est toujours le même : il consiste à réduire un ensemble à un détail, l'important à l'anodin, le primordial à l'accessoire. La métaphore est aussi une figure de style, et consiste à transporter un mot de l'objet qu'il désigne d'ordinaire à un autre objet auquel il ne convient que par comparaison et par *similarité* (un homme courageux est appelé un « lion », la « fleur de l'âge » désigne la jeunesse, etc.). La métaphore consiste donc à utiliser un mot pour un autre. La métaphore et la métonymie ont été reprises par Lacan dans une acception différente de celle de la linguistique. Dans son séminaire sur *les Psychoses*, il expose, en effet, que « d'une manière générale, ce que Freud appelle la condensation, c'est ce qu'on appelle en rhétorique la métaphore, et ce qu'il appelle le déplacement, c'est la métonymie ».

Le signifiant s'analyse donc, selon Lacan, comme l'instrument avec lequel s'exprime le signifié disparu. En psychanalyse, ce signifié disparu est constitué par les représentations refoulées dans l'inconscient. Il met l'accent sur la censure, donc sur l'objectif de travestissement et de déformation opéré à l'aide des mécanismes de la métaphore et de la métonymie, qui président à l'émergence des formations de l'inconscient et au travail du rêve.

## **2. Ecoute et transfert**

La psychanalyse, en réintroduisant la place du sujet de l'inconscient, permet de réintroduire dans les procédures de savoir de la science ce que sa quête d'objectivité tend à annuler - c'est à dire ce qui échappe à la maîtrise, ce qui est inopportun, imprévu, inacceptable : actes manqués, contre-performances, distorsions diverses - comme autant de causes d'un savoir inédit pour le sujet lui-même. Ce ne sont pas les théories scientifiques qui, de l'extérieur, expliquent aux praticiens ce qu'il y a à faire pour réussir. En effet, une certaine approche scientifique du réel peut considérer que l'humain – « homme-machine » est toujours débordé par le fait qu'il est un « vivant-parlant » désirant ; et donc, ce qui dénature l'humain, c'est paradoxalement les pouvoirs que lui confèrent ses réalisations symboliques. C'est pourquoi le milieu de la sexothérapie peut être amené à utiliser des dispositifs de recherche qui impliquent une mise en parole fondatrice d'un changement possible des partenaires : entretiens et interventions, intervention et recherche ou intervention – et implication. Ces dispositifs de parole relèvent d'une démarche mise au point à partir de la référence à l'écoute psychanalytique, qui prend acte de la non-neutralité de l'analyste ou du chercheur, et implique la problématique du transfert. On y considère que l'intervention de ce dernier dans l'entretien fait partie de la construction des savoirs produits. Les deux deviennent partenaires de la création d'un savoir nouveau, à partir des « impensés » dégagés par l'entretien. Ce travail d'élucidation mené conjointement par le clinicien et le(s) sujet(s) autour des dimensions de la relation, peut s'articuler au projet de connaissances scientifiques du clinicien. La pratique d'intervention vient nourrir les hypothèses du chercheur, en même temps que ses hypothèses ouvrent et facilitent son travail de compréhension des personnes auprès desquelles il intervient.

### **III - LES APPORTS DE LA PSYCHANALYSE A LA PRATIQUE DE LA SEXOLOGIE**

On peut considérer les apports de la psychanalyse à la sexologie en distinguant trois étapes fondamentales dans l'évolution de cette dernière. Dans un premier temps, la sexologie se fonde sur les observations et l'écoute, à la suite du mouvement initié par S. Freud. La deuxième étape est celle des mesures de la sexualité en laboratoire, dressant des rapports et des constats de normalité, cherchant éventuellement à supprimer la maladie. On peut dire que cette étape se caractérise entre autres par une volonté de ne pas s'encombrer de problèmes métaphysiques et philosophiques. Enfin, une troisième étape est basée sur l'anthropologie et l'étude comparative des primates, la prise en compte de la dimension sociale, mais aussi un certain retour du symbolique et de l'imaginaire (notamment à travers la psychanalyse). Cette étape intègre en outre des données physiologiques et pharmacologiques, tout en donnant une nouvelle place à la fonction érotique.

A travers ces différentes étapes, l'influence de la psychanalyse en sexologie s'observe à trois niveaux, qui sont :

1. la base théorique
2. La prise en charge
3. La cure

Nous verrons d'une part comment les théories psychanalytiques et sexologiques se retrouvent autour de l'importance accordée à la sexualité, et d'autre part, ce qu'on peut dire de l'apport clinique de la psychanalyse à la sexologie.

## **A - Les points communs : l'importance de la sexualité.**

Ce qui légitime en premier lieu une réflexion sur les rapports de la psychanalyse à la sexologie, c'est la place fondamentale que ces deux disciplines reconnaissent à la sexualité. Freud place la sexualité au centre du développement psychique, de la théorie psychanalytique et du travail clinique - Bien que le sens et l'importance de la sexualité dans la théorie et la pratique psychanalytique soient aujourd'hui obscurcies par un recentrage sur les relations d'objet, les fixations pré-génitales, la pathologie des cas limites, ainsi que les théories et les techniques inspirées des observations du développement de l'enfant, actuellement en vogue. Ainsi, la place accordée à la sexualité implique aussi bien la dimension sociale que la dimension corporelle. Cependant, si Freud a développé la dimension sociale et anthropologique de la sexualité à travers des travaux comme *Le malaise dans la civilisation*, ou encore *Totem et tabou*, il a négligé la dimension corporelle, que tentent par contre d'explorer les tendances psychanalytiques Reichienne et Kleinienne.

Dans l'évolution de la discipline sexologique, cette nouvelle place accordée à la sexualité marque une étape importante dans la mesure où après Freud, on ne peut plus cacher l'érotisme derrière le tabou ou derrière la physiopathologie de la reproduction. « Sigmund Freud a découvert un sexe thérapeutisable » souligne Abraham(1), pour qui la psychanalyse élabore une doctrine cohérente de la sexualité, en mettant accent sur l'aspect bouleversant de l'érotisme, et sur son aspect structurel, qui est paradoxalement organisateur.

L'essence du discours psychanalytique sur la sexualité se trouve dans un plaisir dont ne dépend pas l'utilité de l'espèce humaine, et qui devient un fait individuel, fondé par une sexualité infantile, initialement morcelée et potentiellement perverse. Partant de là, la psychanalyse réserve une grande place à l'étude des phantasmes. Il s'agit d'une part d'étudier les aspects psychodynamiques qui peuvent se rattacher à la naissance et aux fantasmes qui en découlent. Par exemple, l'homme adulte rêvera cette rentrée imaginaire dans le ventre maternel à travers le coït, l'intervention du père mettant fin à ces velléités de retour. D'autre part, la construction identitaire passe par un érotisme fantasmatique et polymorphe qui exploite les fonctions et les organes, et qui sert la différenciation des êtres en deux sexes, le phallus n'ayant pour but que lui-même. Enfin, la prise en charge analytique porte une attention particulière à l'évaluation des fantasmes sexuels du patient, car ils jouent un rôle déterminant dans l'élaboration des projets et des conduites sexuels du

sujet. Ces sortes de scénarios dans lesquels l'inconscient exprime ses désirs se forment à partir des souvenirs sexuels de la petite enfance ou de la puberté, et peuvent être pré-génitaux, œdipien ou narcissiques(1).

Pour Freud, le fantasme s'analyse en un scénario imaginaire où le sujet est présent. Il figure, de façon plus ou moins déformée par les mécanismes de défense, l'accomplissement d'un désir inconscient. Le fantasme se présente sous différentes formes : fantasmes conscients, tels les rêves diurnes, imaginés à l'état de veille ; fantasmes inconscients, tels qu'ils peuvent resurgir dans la cure analytique à l'origine d'un contenu manifeste. Dans les *Formulations sur les deux principes du fonctionnement psychique* (1911), Freud souligne l'existence d'une opposition entre le monde intérieur, qui tend à la satisfaction par l'illusion, et le monde extérieur, qui impose au sujet le principe de réalité. Freud, dans la clinique, découvre que les scènes infantiles traumatiques surgissant dans l'analyse sont de l'ordre d'une «réalité psychique» (précisant que « lorsqu'on se trouve en présence des désirs inconscients ramenés à leur expression la dernière et la plus vraie, on est bien forcé de dire que la *réalité psychique* est une forme d'existence particulière qui ne saurait être confondue avec la *réalité matérielle.*»(11)). Freud, en toute hypothèse, n'accepte pas d'être enfermé dans l'opposition entre une conception qui ferait du fantasme un dérivé déformé du souvenir d'événements réels, et une autre conception qui n'accorderait aucune réalité au fantasme en n'en faisant qu'une expression imaginaire. La problématique freudienne du fantasme distingue en réalité plusieurs niveaux du fantasme, conscient ou inconscient. Il n'y a pas de distinction *de nature* entre les deux, mais il est possible de relever les analogies - les passages - entre ces deux types:

«Les fantasmes clairement conscients des pervers – qui, dans des circonstances favorables, peuvent se transformer en comportements agencés –, les craintes délirantes des paranoïaques – qui sont projetées sur l'autre avec un sens hostile –, les fantasmes inconscients des hystériques – que l'on découvre par la psychanalyse, derrière leurs symptômes –, toutes ces formations coïncident par leur contenu jusqu'aux moindres détails» (3)

La psychanalyse accorde une place particulière aux *fantasmes originaires*. «Je nomme fantasmes originaires, explique Freud, ces formations fantasmatisques, observations du rapport sexuel des parents, séduction, castration, etc.». Lorsqu'on envisage les thèmes que l'on retrouve dans les fantasmes originaires (scène originaire, castration, séduction), un caractère commun paraît les lier : tous se rapportent aux *origines*, et prétendent apporter une représentation et une «solution» à ce qui, pour l'enfant, se présente comme une énigme

fondamentale. Ils «dramatisent» comme origine d'une histoire ce qui apparaît au sujet comme une réalité d'une nature si particulière qu'elle commande une explication. Ainsi, dans la «scène originaire», c'est l'origine du sujet qui est figurée; dans les fantasmes de séduction, c'est l'émergence de la sexualité; dans les fantasmes de castration, c'est l'origine de la différence des sexes

Fantasme et désir sont dans un rapport étroit, mais leur relation est complexe : même sous la forme la moins élaborée, le fantasme ne peut être considéré comme visant seulement à la satisfaction d'un désir de la part du sujet, la fonction première du fantasme étant cependant, «la mise en scène du désir», mise en scène dans laquelle l'*interdit* se trouve toujours dans la position même du désir.

Or cette notion de désir, fondée sur une conception spécifique de l'homme, est déterminante dans l'œuvre de Freud. Dès 1895, la méconnaissance de son propre désir par le sujet apparaît à Freud comme une cause du symptôme de la névrose. Son travail avec Charcot sur les patientes hystériques lui fait pressentir la présence insistante du désir, au-delà du spectacle que lui offrent les troubles caractéristiques de ces patientes. C'est l'examen de l'une d'entre elle, Emmy von N., qui le met sur le chemin de ce désir. Emmy von N. ne supporte pas certaines représentations pour elle monstrueuses (crapauds, chauves-souris, lézards, un homme tapi dans l'ombre), qui surgissent autour d'elle, et prennent chaque fois l'allure d'événements déclenchant un traumatisme. Freud, dans l'analyse, les rapporte à une cause, un désir sexuel. Désir socialement inavouable, dissimulé derrière d'autres apparences, faisant irruption dans la réalité, projeté sur des animaux ou des personnes, tous êtres auxquels Emmy, dans un fonctionnement hystérique, attribue sa propre sensualité. Dans la cure, elle parvient à reconnaître que ce sentiment d'épouvante est en elle et qu'elle l'a ignoré. Freud obtient qu'elle exprime ce qui la tourmente, et parvient finalement à une certaine cessation des symptômes. Le lien entre le désir et la sexualité est ainsi avéré, tout comme sa reconnaissance par la parole. Il résulte de cette définition du désir certaines conséquences. D'une part, le désir est différent du besoin, étant lié à ce que Freud appelle des «traces mnésiques», à savoir des traces restées dans la mémoire du sujet, et trouve son «accomplissement» dans la reproduction hallucinatoire des perceptions devenues les signes de cette satisfaction. D'autre part, la conception freudienne du désir intéresse le *désir inconscient*.

Finalement, il est possible de faire la synthèse des concepts psychanalytiques utilisés dans la sexoanalyse, la sexologie comportementaliste, et la sexologie humaniste, à partir d'un tableau :

Concepts	<b>sexoanalyse</b>	<b>Sexologie comportementaliste</b>	<b>Sexologie humaniste</b>
<b>Inconscient</b>	Partiellement reconnu	Utilisé dans la thérapie	Utilisé comme une base de travail
Sexualité infantile :	Utilisé comme une base de travail		
Sexualité perverse	Utilisé comme une base de travail		
Conflit Oedipien	Utilisé comme une base de travail		Concept accepté
Fusion et coït	Utilisé comme une base de travail		Utilisé comme une base de travail
Complétude			Utilisé comme une base de travail
Angoisse de castration	Utilisé comme une base de travail		Utilisé comme une base de travail
Phallus	Utilisé comme une base de travail		
Désir, plaisir, jouissance : mystique			Utilisé comme une base de travail
Fantasme	Concept essentiel		
Rêve érotique	Concept essentiel		
Symbolique, imaginaire, réel			Utilisé comme base théorique
Pulsion, libido	Utilisé comme une base de travail		Utilisé comme une base de travail
Fétichisme, sadisme, masochisme			Utilisé comme une base de travail
Zones érogènes			Utilisé comme une base de travail

La psychanalyse, lointaine promotrice d'une grande part de la recherche sexologique, trouve ainsi sa motivation foncière dans la découverte et la compréhension. Dans la perspective de la thérapie psychanalytique, il ne s'agit donc pas d'éliminer des symptômes, parce que ce ne sont pas eux qui constituent l'essence de la situation pathologique. Ceci constitue une différence fondamentale avec la sexologie médicale, dont l'objet est d'éliminer la souffrance. De même, les nouvelles thérapies sexuelles, de tradition behavioriste, cherchent à éliminer ce qui fait souffrir, le «symptôme», autrement dit ce qui apparaît. Au contraire, la psychanalyse aussi bien que sexologie humaniste, placent au centre de la pratique la recherche du plaisir, la fonction érotique et la jouissance. Toutefois, la distinction entre cure analytique et sexothérapie se situe au niveau du désir de guérison. Pour la psychanalyse, la sexualité reste plus qu'une fonction ou un dysfonctionnement. L'érotisme, porté par Eros, surgit de l'inconscient et se moque des critères temporels ou des négations. Alimenté par l'inconscient, il alimente à son tour les conflits identitaires et relationnels : le plaisir est mélangé d'angoisse et de culpabilité. Si la psychanalyse privilégie la sexualité dans la structuration de sa doctrine, le symptôme sexologique a ainsi pour elle la même valeur que tout autre symptôme de type névrotique. «Cette étincelle pathologique, ce pont d'iceberg qui peut être constitué par le symptôme sexologique, n'est qu'un prétexte pour pénétrer dans un monde qui est structuré d'une façon inadéquate et anti-économique»(1). La théorie psychanalytique est bien fondée sur la sexualité, mais elle accorde peu d'importance aux troubles sexuels. Cette différence apparaîtrait nettement en confrontant les tableaux de pathologie de la psychanalyse et de la sexologie classique, l'idée principale étant que la psychanalyse est centrée sur la perspective d'une pathologie du plaisir. L'étiologie freudienne est fondée sur une perturbation libidinale originaire(1). La pathogenèse est multiple : culpabilisation excessive, mauvaise gestion de l'agressivité, tendances homosexuelles ou perverses, inhibition importante dans tout élan relationnel.

Autant il y a de références théoriques communes entre psychanalyse et sexologie, autant les deux disciplines se distinguent dans le domaine de la thérapie. Toutefois, si des centres de formations telles que le D.I.U. de Bordeaux, ou le centre de formation de la *Société Belge de Sexologie et Psychanalyse* intègrent la psychanalyse dans l'enseignement de la sexologie, c'est bien que ces deux pratiques cliniques comportent un certain nombre d'effets communs.

## **B- effets mutuels des deux cliniques**

On peut considérer la psychanalyse et la sexologie comme deux cliniques liées entre elles par une série de parallèles mais aussi de va et vient, impliqués par la pratique thérapeutique. D'un côté, une part indéniable des troubles sexuels a une origine organique ou pharmacologique ; il est donc nécessaire avant d'installer une écoute analytique d'éliminer les origines réservées au seul travail du médecin sexologue. Voilà pourquoi une bonne connaissance du problème est indispensable afin de ne pas fourvoyer le malade dans une voie inappropriée. D'un autre côté, la sexologie se prévaut de tout un ensemble de pensée : l'étude des troubles sexuels se pense comme un phénomène multi-factoriel et interdisciplinaire, aussi bien endocrinologique, neurophysiologique, psychosociologique, que neuropsychologique(1). Une telle approche de l'origine des troubles sexologiques peut inclure, dans la pratique clinique, des prise en charge en rapport plus ou moins direct avec la prise en charge analytique, telles que :

- Le contexte névrotique organisé, la psychothérapie de type psychanalytique, le psychodrame, la psychothérapie analytique de couple,
- La communication de couple, l'éducation
- La fantasmothérapie, la sexoanalyse

En ce qui concerne plus spécifiquement la sexoanalyse, Abraham(1) souligne l'importance d'un processus d'évaluation au cours duquel le thérapeute devra essayer de se faire une idée plus précise de la demande initiale du patient ou du couple (« le porteur du symptôme n'étant parfois que le support du problème de l'autre »). L'évaluation en cours de cure est réalisée par l'analyste à chaque séance, à partir non seulement de ce que les patients expriment spontanément, mais aussi des réactions et des résistances à l'exécution des exercices prescrits, que seul révèle un interrogatoire perspicace. Or plutôt qu'un interrogatoire nécessaire, on peut avancer ici l'idée que la pratique d'une écoute analytique, concentrée sur une attention aux signifiants, pourrait accomplir ce travail d'« interrogatoire perspicace ».

#### IV - DISCUSSION : L'APPORT DE L' « ECOUTE ANALYTIQUE » A LA SEXOLOGIE CLINIQUE.

La sexologie est une discipline dynamique, à la fois en ce qui concerne son élaboration théorique, le tableau des désordres et pathologies qui en découle, et la prise en charge. Dans ces trois domaines, la sexologie s'enrichit de techniques, connaissances et savoirs provenant de bases disciplinaires variées. Comme nous avons pu l'évoquer, les différents domaines de dépendance théoriques concernent l'être humain en tant que :

- Un corps : la médecine, la physiologie, l'anatomie, la pharmacologie
- Un corps qui vient de loin : la connaissance des primates et la paleoanthropologie
- Un être parlant qui vit en cité : la sociologie, l'anthropologie, l'environnement,
- Un être parlant qui a son étranger en lui : *l'inconscient*, dont la psychanalyse
- Un être social qui vit en couple, à l'intérieur de groupes qui ont des comportements spécifiques : la psychologie
- Un être qui vit dans des lieux différents, influencé par des cultures millénaires : la religion, la mythologie.

« Le sexologue doit posséder une connaissance approfondie et pratique de la psychanalyse, de la thérapie conjugale, de la thérapie du comportement et savoir quand et comment mettre en œuvre ces concepts théoriques et thérapeutiques en fonction des problèmes spécifiques du couple. »<sup>a</sup>

Le développement de la sexologie depuis sa création officielle (il y a 100 à 150 ans), et à travers les trois volets qui constituent la discipline, s'est fait en différentes périodes et dans différents pays. Comme pour toutes les autres disciplines, ce développement a été influencé par un ensemble de découvertes et d'évènements culturels, sociaux, etc., si bien qu'on peut distinguer différentes tendances de la sexologie et de la sexothérapie. Ces tendances se donnent chacune des bases théoriques, une classification des désordres sexuels, et préconisent une prise en charge pratique spécifique. Ces trois volets sont liés par des liens étroits et manifestes à l'intérieur de chaque tendance. En pratique, les grandes familles se distinguent par :

---

<sup>a</sup> Helen Singer KAPLAN

- L'objectif de prise en charge : guérison ou accompagnement
- La prise en charge de couples, ou d'un sujet, ou encore d'une famille
- Une prise en charge qui remonte dans le temps, vers la compréhension de la formation de l'inconscient
- Une prise en charge plutôt éducative et interventionniste (hypnose) ou plutôt normative
- Une prise en charge en lien et en parallèle avec d'autres psychothérapies.

La formation des sexologues et des sexothérapeutes suit le même raisonnement. L'influence des différentes tendances, avec leurs origines théoriques, pathologiques et les éléments de la prise en charge pratique, donne lieu à des programmes de formation variés, intégrant divers modules. La base de ces formations, au-delà d'une connaissance générale sur le fonctionnement anatomique, physiologique (le corps), et comportemental (la psychologie comportementale), varie selon trois axes :

- L'intégration de la culture, de l'environnement, de la religion, et de la mythologie.
- L'intégration de l'origine des primates, et ses conséquences.
- L'intégration de l'inconscient : sa formation et son fonctionnement, dans la formation de sexothérapeute.

Ce dernier axe demande à la fois certaines connaissances et un savoir psychanalytiques, ainsi que la capacité de se défendre contre les effets d'intervention sur l'inconscient, en particulier le *transfert* et le *contre-transfert*, et aussi contre une interprétation inadaptée, et les effets pervers que cela peut avoir. Certaines formations proposent une psychanalyse légère pour les futurs sexothérapeutes, afin qu'ils puissent au moins entrer dans leurs propres désirs ; d'autres proposent l'analyse des désirs en groupes restreints de futurs sexothérapeutes.

## **A - Ecoute, Evaluation et Diagnostique**

La sexologie est basée sur le dialogue, le questionnement, le conseil, et la prescription. Chaque réponse du sujet comporte à la fois un contenu, un ensemble de signifiants, et du silence. L'attention à ces trois aspects permet de préparer la question suivante, établissant un dialogue vivant, à la différence du questionnaire qui s'impose si le thérapeute n'est pas sensible aux deux derniers aspects (signifiants et silence). Ainsi, l'écoute paraît fondamentale dans les trois actes de la sexologie, qui sont le dialogue, le conseil et la formation, et les questions-réponses. Il y a un certain nombre de choses que le sexothérapeute, à la manière d'un aveugle, ne voit pas et doit deviner ; c'est ici qu'une autre écoute s'avère utile et complémentaire.

L'importance accordée à cette écoute varie selon les différentes tendances sexologiques, et la vision globale à partir de laquelle se déploient les trois axes (théorie, classification des désordres sexuels, prise en charge). Par exemple, pour la sexoanalyse l'objectif est l'élimination des troubles sexuels(3), et la méthode clinique tourne autour d'une « évaluation de l'importance des fantasmes masturbatoires »(3), les tendances humanistes accordant une place prépondérante à l'évaluation du Potentiel Erotique Restant. Sur le plan du traitement, la sexoanalyse vise à l'obtention d'une maturité sexuelle, c'est pourquoi la cure dure entre 25 et 125 séances, sur une durée de 6 à 24 mois(3). En ce qui concerne l'élaboration fantasmatique, « la sexoanalyse vise à déchiffrer l'inconscient sexuel »(3) - on peut toutefois se demander sur quelles bases se définit un « inconscient sexuel » distinct de l'inconscient, dans la mesure où il n'existe pas un inconscient et un « inconscient sexuel », mais que l'inconscient est caractérisé comme sexuel.

Le sexologue est un savant dont l'objet est la fonction érotique. Le principe en est l'étude interculturelle bien sûr, avec des outils qui permettent la désignation des paramètres aussi bien psychologiques que sociaux, qui aboutissent à la métamorphose de la sexualité en fonction érotique. Mais si l'on considère également que la jouissance est une affaire d'inconscient(1), alors l'écoute et la sensibilité au signifiant est importante. Dans l'anorgasmie primaire, il faut par exemple éliminer des craintes inconscientes suscitées par l'orgasme, comme la peur de mourir d'une perte de maîtrise de soi, la peur d'être obsédée par le sexe, etc.

La psychanalyse prend en compte l'économie totale du sujet du fantasme : le plaisir, la jouissance et la sublimation, sont importants. Si le fantasme joue un rôle assez important dans la fonction érotique, via l'imaginaire de l'être parlant, il faut le faire advenir, le faire resurgir et savoir prendre la mesure de son influence dans la vie érotique du sujet. On a toujours intérêt, comme le dit Pasini, « à vérifier par des images qu'avec les mêmes mots on bien des mêmes choses » ; toutes les échappatoires dans le récit, les réponses vagues et les dérobades peuvent être ainsi minutieusement analysées(1). Le sexothérapeute doit être suffisamment intuitif et créatif pour capter les idiosyncrasies ; il ne doit surtout pas s'enfermer à l'intérieur d'un modèle théorique rigide, prenant au contraire conscience que chaque cas porte en soi une théorie.

Pour C. Crépault - au contraire de J. Wayneberg : (Wayneberg J., *Ensemble des cours donnés à l'Université de Paris VII- Denis Diderot, dans le cadre du DESS « Sexologie et santé publique » en 2001 – 2003*) - l'écoute est au service de questions-réponses (3). On comprend mieux cette position à travers le questionnaire que propose C. Crépault pour mener l'entretien :

- « Qu'est - ce qui vous amène ? »
- Le patient évoque son problème sexuel – du moins, celui qu'il peut le plus aisément verbaliser. On peut alors l'inviter à parler davantage de la nature de son problème sexuel, ses manifestations, son évolution, vérifier l'existence d'autres désordres sexuels au présent et au passé, laisser le patient élaborer ses propres hypothèses, ses interprétations.
- « A quoi attribuez-vous votre problème sexuel ? »
- S'il dit « je ne sait pas », on peut reprendre : « Mais s'il existait une cause à votre difficulté... de quelle nature serait-elle ? »
- Un questionnement sur les inconvénients du désordre sexuel et sur ses bénéfices. Dans le même ordre, nous trouvons des questions telles que : « à qui sert l'acte sexuel ? », « pour qui ? en quel honneur ?... » dans l'enseignement de J. Wayneberg.
- « Quels avantages obtenez-vous de votre dysfonction sexuelle ? »
- « Qu'advierait-il si votre problème sexuel était résolu, disons, demain matin ? »
- Comment le patient se perçoit-il en général ? Une lecture du langage corporel peut être aussi très éclairante
- Quel est son rapport à l'autre sexe ?
- Un bilan sommaire de sa vie sexuelle, à la recherche d'une piste de conflit sexuel

Même si le patient peut fournir des renseignements plus détaillés, l'emploi d'un questionnaire auto-administré n'est pas conseillé : il est important que le dévoilement sexuel passe par parole. L'écoute, le dialogue et l'interrogation se fondent non pas sur un questionnaire administratif, mais sur les associations libres du patient, la mise en parole, l'importance du discours portant en particuliers sur :

- l'activité onirique et les rêves sexuels
- l'imaginaire érotique et ses contenus : cette évaluation doit permettre de retracer dans les grandes lignes l'évolution de la vie érotique imaginaire(3). J.Waynberg parle d'une évaluation du Potentiel Erotique Restant, des images mentales qui contribuent le plus à l'excitation érotique
- les images parentales
- les facteurs organiques
- les facteurs psychopathologiques
- le passé thérapeutique, s'il y a lieu

C. Crépault rappelle qu'il faut beaucoup de temps pour démêler les perceptions conscientes et inconscientes(3). Cependant, durant l'écoute « le transfert n'est ni encouragé ni interprété, sauf quand il constitue une résistante importante à l'évolution thérapeutique », car « il ne faut pas oublier que la sexoanalyse, contrairement à la psychanalyse, ne vise pas à des changements structuraux de la personnalité. L'évaluation ne doit surtout prendre l'allure d'un interrogatoire, d'une inquisition dans l'intimité sexuelle. »(3).

D'autre part, l'importance de la verbalisation dans les troubles sexologiques, et l'importance d'une bonne écoute, amènent les partenaires à savoir se parler de leur sensualité et de leurs entendements. Il s'agit pour le thérapeute d'être sensible aux symboles et au langage symbolique, d'identifier les origines plus profondes de l'inhibition. Alors, dans certains cas, comme on accepte d'aller du médecin généraliste chez un spécialiste et d'envisager l'opération chirurgicale, de même, lors d'une sexothérapie, on peut envisager d'étendre les 5 séances chez un sexothérapeute à une analyse de longue durée.

D'autre part, au-delà du savoir psychanalytique qu'il peut y avoir dans les différentes disciplines de la sexologie, la pratique consacre une certaine façon de mener l'entretien avec le sujet ou le couple. Ces entretiens impliquent une performance du sexothérapeute (l'ouverture d' « antennes », pour capter ce qui est dit et ce qui n'est pas dit). Il s'agit alors de poser les bonnes questions successives, d' « entendre » les réponses et les silences (le

silence est parfois saturé de non-dits), d'arrêter l'entretien au moment important (pour produire le choc nécessaire), de revenir sur les mots clés prononcés et en tirer des enseignements nécessaires :

« Au cours de ce processus d'évaluation, nous devons essayer de nous faire une idée plus précise de la demande du couple, le porteur du symptôme n'étant parfois que le support du problème de l'autre. »(3)

## B - Ecoute et Entretien

Dans cette perspective, l'entretien n'est plus un recueil de données objectives, mais une *rencontre de paroles*, qui peut provoquer une *élaboration subjective* chez les partenaires, conduisant à une modification ultérieure de leur position. Ce dispositif, à partir d'une écoute orientée, permet d'évoquer les « points obscurs » de leurs pratiques, pour en construire la raison singulière, en déduire la logique, et consentir aux efforts qu'elle nécessite. Dans *la direction de la cure*, Lacan fait remarquer : « l'analyste donne sa présence, mais je crois qu'elle n'est que l'implication de son écoute, et que celle-ci n'est que la condition de la parole ». L'analyste offre au sujet la place d'une parole inédite, qui est toujours à naître dans la surprise. Ce que cette parole énoncée donne à entendre, ce sont les équivoques du discours, et la position d'énonciation d'où se calcule et d'où vacille tout acte pour le sujet.

La psychanalyse redonne ainsi au discours sa fonction d'interprète, instaurant le déchiffrement de l'inconscient comme principe de lecture. Cette lecture considère que le texte produit lors des entretiens est un *ensemble signifiant*, c'est-à-dire ordonné par quelque chose qui échappe au texte lui-même, et dont la structure est à dégager et à déchiffrer au-delà des énoncés et des significations produites. Cette pratique de la psychanalyse peut être utilisée pour mieux interroger les patients. Il s'agit en retour, lors de l'entretien, d'écouter attentivement avec les mots du patient.

Les patients font souvent part aux sexologues d'un grief envers la médecine généraliste : les médecins ne les écoutent pas. Cette plainte est reprise dans le livre de Didier Sicard, *La médecine sans le corps* : l'auteur s'oppose à la virtualisation du corps, la médecine ne s'intéressant selon lui qu'aux résultats de laboratoire, sans voir le sujet humain ni discuter avec lui. Ce processus, qui découle du refus de prendre en compte le psyché, s'illustre notamment à travers le fait qu'au lieu de dire « comment allez-vous ? », le médecin dira « comment va cette main aujourd'hui ? », ou « comment voit cet œil ? ». Il ne voit pas le sujet humain, mais une main : le sujet n'existe plus.

Or l'expérience clinique exige du thérapeute une bonne qualité d'écoute des patients, des partenaires et des couples. De plus, la connaissance du fonctionnement de l'inconscient est une « valeur ajoutée », dans la mesure où elle peut constituer un arrière plan fondamental dans le dialogue, et finalement donner au thérapeute la possibilité d'aller à l'essentiel, en évitant les questions problématiques. En effet, le rôle de thérapeute est aussi de créer un espace de confiance : C. Crépault fait ainsi observer qu'« il doit favoriser l'établissement d'une bonne ambiance de travail (...) Par son *écoute bienveillante*, son empathie, son respect des résistances. Il questionne, et il écoute attentivement (...) Il doit surtout lire entre

les lignes, " entendre" l'enseignement caché des mots et des silences»(3). Par quoi passe une telle écoute ? Pour C. Crépault le sexothérapeute doit constamment « resituer le matériel historique par rapport à la problématique sexuelle » ; il « doit amener son patient à saisir les *significations inconscientes* de son désordre sexuel. »(3) - c'est à dire ce que Lacan nomme S et s. Son rôle n'est pas de formuler des interprétations, précise encore C. Crépault, il doit plutôt suggérer l'hypothèse, susciter des interrogations qui pourront être propices à la prise de conscience.

Comme nous l'avons déjà signalé, le lien thérapeutique se construit inévitablement sur une rencontre de deux inconscients. Or c'est au thérapeute de saisir ce langage des inconscients. Idéalement, affirme même C. Crépault(3), tous les candidats devraient préalablement effectuer une sexoanalyse personnelle – avis dont on pourrait remettre en cause la pertinence... Quoiqu'il en soit, l'un des outils d'observation du sexothérapeute est le discours des sujets sur leur enfance, de même qu'une part des échanges avec les sujets passe par les discours du sujet. Entendre la voix de l'inconscient – c'est à dire toucher cet étranger de longue date en nous – requiert un certain entraînement à l'écoute psychanalytique. Naturellement, le temps et la pratique familiarisent le sexothérapeute à un tel exercice d'écoute. Mais l'on peut penser qu'une formation des futurs sexothérapeutes à cet exercice peut éventuellement accélère l'« entendement ». Ainsi, l'écoute psychanalytique vise-t-elle à entendre cet enfant de quelques années qui émerge dans le sujet, qui parle de temps en temps dès qu'il a la possibilité de s'exprimer à travers un silence, un soupir, un geste, un accent, un mot *autre*, un acte manqué (oubli scientifique, oubli d'un numéro de téléphone), ou qui surgit dans les rêves, après les entretiens avec le sexothérapeute – et intervient même avant, au niveau du choix du sexothérapeute.

Schématiquement l'écoute psychanalytique est une écoute sensible particulièrement à quatre aspects :

- Le signifiant : et ses liens parallèles avec plusieurs autres signifiant en même temps
- Les associations d'idées : pour quelle raison tel sujet après une question du sexothérapeute sur son âge dira : « Je ne suis pas si vieux que ça », et tel autre dira « je suis encore jeune » ?
- Le silence : les moments de non-parole
- Les oublis : les zones oubliées de la mémoire

Cette écoute – *l'écoute flottante* - demande une certaine préparation d'esprit et un certain entraînement, pour donner au sexothérapeute la double possibilité d'une écoute basée sur

l'ensemble de son savoir, de sa connaissance des être, de son expérience clinique ; et en même temps, d'une écoute au-delà du discours du sujet à un premier niveau. Cette écoute peut être dans une durée limitée ou élargie, l'important étant plutôt la « qualité d'oreille » du sexothérapeute.

Dans quelle mesure pouvons nous considérer ce potentiel d'écoute comme une « valeur ajoutée » à l'accueil d'ensemble du sexothérapeute ? Dans la formation des sexothérapeutes - tels que nous allons en donner des exemples - nous pouvons sentir une telle demande, même si elle n'est pas toujours clairement affichée. Pour illustration notre propos, citons quelques exemples du discours de J.Waynberg pendant ses différents enseignements:

- « Si une femme se plaint chez son gynécologue, éventuellement chez un psychosexologue, de douleurs à la pénétration, ce qui est important c'est de traduire, car nous avons un rôle de traducteur..... » (03/05/2003)
- « Ce qu'il faut arriver à observer, c'est que différents systèmes aboutissent, avec un vocabulaire différent, avec des représentations différentes, un peu aux mêmes vérités.... » (03/05/03)
- « On imagine bien comment va se passer la consultation. Tout ce qui va être de l'ordre de l'amour, du sentiment, du relationnel va être verbalisé... Pour être extrêmement vulgaires, disons que dès qu'un interlocuteur nous parle de sa sexualité, Il y a quelque chose d'obscène à comprendre..... » (08/02/03)

Si sa nécessité s'impose, comment pouvons-nous intégrer dans l'enseignement de la sexologie cette sensibilité à l'écoute ? L'intégration se fait dans deux domaines : le savoir théoriques et les travaux pratiques. Ce savoir passe par l'ensemble des formations théoriques, avec par exemple :

- La présence de l'inconscient dans l'être parlant, à travers des exemples. Sur ce point, l'ensemble des illustrations de S. Freud peuvent servir d'outils, car il a étayé un corpus dans un langage clair et sans ambiguïté, avec des exemples de la vie quotidienne, et des cas de sujets. Des écrits comme *l'interprétation de rêves*, *les mots d'esprit*, *Etudes de cas : Anna O, Madame K., l'homme aux rats*, etc. nous montrent dans premiers temps les champs de l'inconscient.
- La formation et le fonctionnement de l'inconscient, basée sur les trois éléments : Réels (le corps), Symbolique (essentiellement les signifiants qui nous séparent de nos ancêtres primates), et Imaginaire (production des rêves, fantasmes). Le désir devient moteur et noyau du fonctionnement de l'inconscient. Les *séminaires* de J. Lacan présentent une

source riche pour l'apprentissage de ces deux domaines, qui sont la formation et le fonctionnement de l'inconscient.

## CONCLUSION

La sexologie est une discipline, plus sensible que d'autres, qui questionne la souffrance, la clinique et la thérapeutique. Son futur est conditionné par l'échange des idées entre différentes disciplines scientifiques, rappelle ainsi le Dr Ludwig Fineltain, faisant par ailleurs observer que la sexologie clinique est le moment conceptuel central en sexologie:

«Les traitements se situent entre psychothérapies, sexothérapies, pharmacologie et chirurgie. La multiplicité des approches constitue la procédure de traitement la plus scientifique. Le sexologue doit concilier des modes de pensée très divers sinon opposés: le psychogénisme et l'organicisme, la psychanalyse, le béhaviorisme et la biologie. »<sup>a</sup>

Les développements scientifiques, pharmacologiques et techniques ont été très importants depuis 25 ans, mais ils impliquent un corollaire paradoxal, relève l'auteur : ce sont les sexothérapies et les techniques psychothérapeutiques les plus classiques qui constituent bien souvent de bonnes solutions thérapeutiques.

Nous ajouterons qu'il n'y a pas une sexothérapie applicable à tous pour tous les cas, mais il y a une réponse pour chaque cas ; et d'ailleurs, la sexothérapie est une discipline qui connaît des pratiques très différentes. La sexologie humaniste se contente de 5 séances de 15 minutes, la sexologie comportementaliste préconise une dizaine de séances menées en couple, et la sexoanalyse se déroule en 30 séances, sur entre 6 à 24 mois. L'environnement d'écoute est aussi différent : le niveau de prise en charge varie par rapport au cas, plus ou moins profond : il peut peut-être y avoir un premier niveau, rapide, en moins de 5 séances, puis un deuxième niveau qui se rapproche de la sexoanalyse, à moyen terme, et enfin une prise en charge à long terme, vers une psychanalyse. La prise en charge du sujet, évolue ainsi entre celle d'un client, d'un patient, et d'un analysant. Le succès relatif des sexothérapies comportementales s'explique en bonne partie par la tendance inhérente de

---

<sup>a</sup> Dr Fineltain Ludwig, « La sexologie clinique française : évolution et développement des thérapies depuis 25 ans. *Les mains de cet homme se gênent l'une l'autre au lieu de s'entraider* », in *Bulletin de psychiatrie* N° 5 , édition du 11.07.98

l'homme à simplifier la sexualité, à la ramener à un strict comportement coupé de l'organisation affective(3). Cependant, nous avons tenté de mettre en valeur les liens profonds qui amènent à souligner la dimension sexuelle du psychisme humain, et la dimension psychique de la sexualité - même si, comme le remarque C.Crépault, nous sommes loin d'une théorie universelle du développement psychosexuel(3). Ce qui pourrait être intéressant à notre niveau, serait une étude approfondie, afin de voir s'il y a certaines corrélations entre d'une part, les trois pathologies psychanalytiques : perversion, névrose et psychose, et d'autre part, la définition psychiatrique de la personnalité en tant qu'« ensemble de manières stables de percevoir, de réagir et de concevoir son environnement et sa propre personne»(3).

Nous aimerions conclure sur quelques propositions pratiques :

- L'écoute psychanalytique permet d'approfondir les recherches et confirmer les théories dans la même mesure que les expérimentations, les observations cliniques par statistiques, et les études comportementalistes.
- Une formation en sexologie pourrait être envisagée pour les psychanalystes. L'exercice de l'écoute psychanalytique permet d'approfondir le champ de la sexologie, en y ajoutant une sensibilité à l'inconscient et une expérience d'écoute du sujet. Les psychanalystes peuvent en retour profiter des expériences et du savoir sexologique, qui vont enrichir cette pratique d'écoute.
- L'intérêt d'une consultation rapide et d'un diagnostic en 20 secondes peut être nuancé dans certains cas, dans la mesure où parfois, les symptômes de surface cachent habilement d'autres symptômes - et il faut donc plus d'investigations. L'art du thérapeute est finalement de faire le bon choix, entre l'urgence et la profondeur.
- Être sensible aux signifiants n'est pas seulement une affaire de pratique clinique, mais donne également une autre lecture des textes scientifiques et techniques.
- Cependant, en ce qui concerne plus particulièrement la prise en charge clinique, il y a trois points de l'entretien en sexothérapie que l'écoute psychanalytique permet d'éclairer. D'une part, le rapport aux préjugés n'est plus le même - et la notion de préjugé prend d'ailleurs un sens d'une toute autre profondeur en ce qui concerne le thérapeute. D'autre part, la confiance entre thérapeute et sujet évolue - notamment à travers la gestion du silence. Enfin, le thérapeute se trouve confronté en dernier lieu à la question de savoir s'il écoute un sujet ou des symptômes.

## BIBLIOGRAPHIE

- (1) Abraham G., *Psychoanalyse et thérapies sexologiques*, Paris, Payot, 1978
- (2) Berne, E., *Des Jeux et des Hommes*, 1964
- (3) Crépault C., *Sexoanalyse*, Paris, Payot, 1997
- (4) Dickinson, R., *Atlas of Human Sex Anatomy*, 1930
- (5) Freud S., *Trois essais sur la théorie de la sexualité*, Paris, N.R.F., 1923
- (6) Freud S., « L'organisation génitale infantile » in *La vie sexuelle*, Paris, P.U.F., 2002
- (7) Freud, S. Article paru dans *l'Encyclopédie* en 1922
- (8) Freud, S. *L'Inconscient*, 1915
- (9) Freud, S., « Pulsions et destin des pulsions », in *Métopsychoanalyse*, 1915
- (10) Freud, S., *Études sur l'hystérie*, 1895
- (11) Freud, S., *Formulations sur les deux principes du fonctionnement psychique*, 1911
- (12) Kinsey, S., *Sexual Behavior in the Human Male*, 1948  
*Sexual Behavior in the Human Female*, 1953
- (13) Lacan, J., *Le séminaire de Jacques Lacan*.  
*Les quatre concepts fondamentaux de la psychanalyse*, Paris, Ed. du Seuil, 1973
- (14) Masters, w., *Human Sexual Inadequacy*, 1970
- (15) Saussure ( de ) , F, *Cours de linguistique générale*, 1915
- (16) DSM IV , 1994