

Suzanne Képès

Le
corps
Psychosomatique
libéré
de la sexualité



La Découverte

LE CORPS LIBÉRÉ

Suzanne Képès
Avec la collaboration de Monique Perrot-Lanaud

LE CORPS LIBÉRÉ
*Psychosomatique
de la sexualité*



La Découverte

9 bis, rue Abel-Hovelacque
75013 Paris

DU MÊME AUTEUR

Lettre aux enseignants à propos de l'éducation sexuelle, Bordas, Paris, Bruxelles, Montréal, 1974.

Femmes à 50 ans, Seuil, Coll. « Points », Paris, 1981, 1986.

Du corps à l'âme, L'Harmattan, Paris, 1996.

Relaxation et sexualité, avec Philippe Brenot, Odile Jacob, Paris, 1999.

Filmographie

Le Praticien et la femme de 50 ans, film documentaire (16 mm)
réalisé par Éric Duvivier et Suzanne Képès.

Audio

Le Plaisir dans la sexualité féminine, la relaxation au service d'une sexualité bien vécue, cassette audio Ellébore.

Être mieux par la relaxation, 2 CD, Éd. Didakhé, 1981.

Catalogage Électre-Bibliographie

Képès, Suzanne

Le corps libéré : psychosomatique de la sexualité/collab. Monique Perrot-Lanaud.
– Paris : La Découverte, 2002

ISBN 2-7071-3792-8

RAMEAU : Troubles sexuels : aspect psychosomatique
Thérapie sexuelle

DEWEY : 155.3 : Psychologie différentielle et génétique
Psychologie de la sexualité
616.68 : Maladies. Autres formes de thérapie

Public concerné : Tout public.

© Éditions La Découverte et Syros, Paris, 2001, 2002
9 bis, rue Abel-Hovelacque, 75013 Paris

Ma reconnaissance va à François Gèze, dont la perspicacité et la grande expérience professionnelle, m'ont lancée sur psychosomatique et sexualité qui ont été mes axes constants d'intérêt à travers les différents milieux où j'ai pu reconnaître ces deux aspects essentiels de l'être humain.

à Ariane Morris, mon éditrice, qui a suivi attentivement ce livre et dont l'intuition, le bon sens, la clarté d'esprit et la finesse m'ont apporté, au fil des semaines, un soutien et une amitié qui ne se sont jamais démentis,

à Monique Perrot-Lanaud, ma collaboratrice, qui par l'intérêt constant qu'elle a manifesté pour ce livre, ses conseils avisés et sa présence chaleureuse m'a beaucoup encouragée pendant ces longs mois,

à mes amis et élèves, qui m'ont soutenue de leur passion pour ce sujet abordé d'une façon nouvelle,

à mes patients et patientes, qui m'ont fait confiance et m'ont enrichie de leur expérience douloureuse et ont contribué à leur propre compréhension,

à ceux et à celles que je n'ai pas pu aider, et qui m'ont appris qu'il faut aussi accepter les limitations et les échecs.

au Docteur Claude Bazin, avec qui j'ai partagé des combats depuis 1960, au Planning Familial, puis à l'Hôpital de la Fontaine à Saint-Denis où il était chef du Département de gynécologie-obstétrique. C'est grâce à lui que j'ai pu commencer l'enseignement de la sexualité humaine dans les unités de valeur des deuxièmes cycles des études de médecine (UFR de Bobigny-Paris-XIII) ; enseignement qui a été suivi de la création du Diplôme interuniversitaire de la sexualité humaine,

à mes maîtres dans la médecine psychosomatique, Michaël Balint, Charles Brisset et Michel Sapir,

au Professeur Eugène Minkowski, ce grand psychiatre et philosophe, qui m'a appris les finesses de la psychopathologie clinique,

à mes deux thérapeutes, Michèle Cahen et Geneviève Guy-Gillet,

à ma famille, à mes petits-enfants et arrière-petits-enfants qui m'ont rendu encore plus concret l'émerveillement devant le mystère de la vie et du développement,

à mon mari, Adam Képès (1918-1984), directeur de recherche au CNRS, à l'Institut Pasteur, au Collège de France, à l'Institut de biologie moléculaire Jacques-Monod. Pendant plus de quarante ans, il m'a éclairée et encouragée de son soutien constant.

À Yolande et Marise

INTRODUCTION

DEPUIS DE TRÈS NOMBREUSES ANNÉES, JE REÇOIS DES FEMMES ET des hommes en consultation de psychosomatique sexuelle. Elles et ils sont seuls, célibataires ou divorcés. Je vois aussi des couples en conflit. Les uns et les autres éprouvent des souffrances diverses et d'intensité variée, et leurs troubles se manifestent sous forme de malaises sexuels : pour les hommes, éjaculation précoce et impuissance et, pour les femmes, difficultés d'accès au plaisir, absence ou disparition du désir. Ils souffrent aussi sur le plan affectif et psychique, mais ils n'osent pas, ou ne savent pas, en parler. Leur nombre croissant me surprend. À l'heure actuelle, personne ne peut dire si cette progression est réelle ou si elle est due au fait que les gens parlent plus ouvertement de leur sexualité.

Parmi ces milliers de personnes qui m'ont consultée depuis des années, j'ai pu constater, dans l'ensemble, un manque effarant d'information sur les « choses du sexe », mais aussi sur leur corps en général, ainsi que sur la psychologie de tous les jours, et plus encore sur la psychologie des rapports humains et des relations entre les hommes et les femmes. Ignorance, crédulité et naïveté qui m'étonnent et dont je cherche depuis longtemps les racines. Quel contraste avec leur apparence modernité ! Ils utilisent des techniques dernier cri – téléphones portables, Internet, DVD, caméras numériques, etc. – et lisent des revues ou des livres de biologie ou d'informatique assez pointus. Mais, alors qu'ils vivent à l'époque de l'exploration spatiale, beaucoup ne maîtrisent rien d'eux-mêmes ! Ils sont débordés, confus et obsédés par leurs problèmes sexuels, souvent prêts à absorber n'importe quel médicament pour en venir à bout, ils s'interrogent peu sur leur vie actuelle,

sur leur passé et leurs relations avec leurs parents ; ils font des crises d'angoisse face à des situations qu'ils croient insolubles ou dues à une tare personnelle ; car ils ne relativisent pas et se croient uniques dans leur cas ; ils se sentent seuls. Ils perdent confiance en leur corps, allant jusqu'à provoquer en eux des désordres psychosomatiques.

Certains sentent spontanément qu'il y a un rapport entre leur vécu, leur santé générale et leur vie sexuelle. Mais ce que les gens savent moins, c'est que le corps est le dépositaire de l'inconscient. Et, en tant que tel, il recueille le mal-être que nous ne sommes pas toujours en mesure de mettre en mots et exprime, à l'aide d'un symptôme souvent sexuel, une souffrance relationnelle.

J'apporte ici le témoignage de ma pratique, qui s'est poursuivie pendant un demi-siècle auprès de femmes et d'hommes, auprès de couples, dans les aléas de leur vie quotidienne, sexuelle et affective, pratique que je nomme « psychosomatique sexuelle ». J'espère ainsi être utile à un grand nombre.

Le mot psychosomatique vient du grec « *psycho* » (psyché) et « *soma* » (corps). La psychosomatique, c'est le corps et la tête, les sensations et les idées, et leur interaction permanente. Les premiers psychosomaticiens se sont penchés principalement sur les maladies cardio-vasculaires, respiratoires, digestives, mais n'ont pas abordé les troubles sexuels. Aujourd'hui, la psychosomatique sexuelle, à une époque où les gens commencent à oser parler de leur souffrance dans le domaine de la sexualité, offre un champ extraordinaire à la psychosomatique en général.

Dans ce livre, nous essaierons d'analyser les cas de patients qui viennent demander une aide dans le domaine de la sexualité ; ils présentent, en même temps, des symptômes et des souffrances dans leur corps ailleurs que dans l'appareil sexuel. Nous constaterons la diversité des voies qu'emprunte l'être humain dans tout son corps pour exprimer sa souffrance sexuelle.

J'espère d'ailleurs que les liens entre la souffrance sexuelle et d'autres symptômes susciteront de plus en plus d'intérêt, et que le nombre de médecins intéressés par l'exploration de ces liens va augmenter.

De nombreuses maladies psychosomatiques font souffrir hommes et femmes sans qu'ils puissent reconnaître qu'il s'agit d'un lien entre le corps et leur psychisme. Beaucoup ne savent pas d'ailleurs ce qu'est la maladie psychosomatique, ni qu'elle peut revêtir des aspects très divers, venus de très loin dans l'histoire de la personne, et avoir des causes multiples. Et ils continuent de consulter des spécialistes du corps, le gastro-entérologue pour les douleurs d'estomac et de l'intestin, le cardio-

logue pour le cœur, le neurologue pour les nerfs. Et le sexologue pour les problèmes sexuels.

L'approche psychosomatique, elle, intègre toutes ces dimensions et s'adresse à la globalité de l'être humain, y compris dans ses sentiments et dans son désir de trouver le bonheur et de réaliser une vie complète et entière.

Un de mes souhaits avec ce livre est de réussir à convaincre le lecteur qu'il existe un lien entre la souffrance et les symptômes corporels actuels d'une personne, d'une part, et, d'autre part, les conflits qui s'agitent en elle depuis longtemps, souvent depuis de longues années, voire depuis la tendre enfance. Cette découverte est porteuse de sens et permet de mieux prendre en main sa vie. Car mon intention ici est de donner au plus grand nombre de gens possible des outils de réflexion pour retrouver le fil conducteur de leur vie, pour décoder peu à peu leurs comportements, pour se comprendre et, au bout du compte, s'accepter.

J'ai aussi fait, au fil des années, un autre constat. La solitude n'est pas faite pour les humains. On observe chez les solitaires dans les lieux publics, les cafés, les réunions, concerts, lieux de vacances... un désarroi, une tristesse et même parfois un sentiment d'infériorité et d'étrangeté. Dans le cabinet médical, cette constatation se confirme et prend souvent une tonalité poignante. Bien sûr, certains ont l'air de s'en tirer grâce à des activités intéressantes et un cercle d'amis, mais quelque chose leur manque.

Je vois chez les hommes seuls qui n'ont jamais vécu avec une femme qu'ils se sentent incomplets, honteux. Ils vont chercher des présences féminines passagères en payant des femmes pour leur compagnie, et pas seulement des prostituées. S'ils sont divorcés, ils cherchent rapidement une autre femme et, s'ils échouent, ils se lancent dans la récupération de leurs enfants dont ils ressentent cruellement l'absence.

Les femmes seules, de leur côté, ressentent un manque profond, même si les divorcées n'éprouvent pas le même besoin que les hommes de retrouver immédiatement un compagnon. Les femmes qui n'ont pas eu encore d'enfant rêvent souvent d'en avoir et cherchent un homme qui acceptera d'être le géniteur, même si elles connaissent les inconvénients pour le futur enfant de ne pas avoir de père régulier. Elles vont jusqu'à accepter un homme marié qui, d'évidence, ne vivra pas avec elle et leur enfant. Au moins, elles auront ainsi quelqu'un dans leur vie.

Pourquoi ces femmes et ces hommes seuls sont-ils dans cet état ? En réfléchissant, je me suis demandé si cette tristesse, proche parfois de la dépression, ne vient pas d'une intuition qu'il y a une réalité qu'ils ne

peuvent pas atteindre seuls. Je pressens pour ma part que, au-delà des convenances sociales et des habitudes de notre société qui mettent encore le couple au-dessus des solitaires, et les couples avec enfants au-dessus des couples sans enfants, il y a une réalité existentielle, philosophique même, qui est la suivante : le monde devient réel quand on affronte son contraire. Généralement un homme pour une femme, et une femme pour un homme, parfois une autre femme pour une femme et un autre homme pour un homme. Ce peut être aussi un vieux avec un enfant, et on connaît des histoires célèbres d'attachement entre des vieux et des enfants.

À travers les frustrations et une solitude fréquente, les gens cherchent un contraire pour exister.

Serait-ce la tension entre les contraires qui engendre la réalité humaine ? Je finis par le croire. Et ce livre est aussi une tentative pour encourager les hommes et les femmes à affronter leur contraire, comme je le fais dans mon cabinet, où l'essentiel pour moi est d'arriver à aider, sinon à guérir, sans m'embarrasser de querelles d'école.

Ce serait un drôle de monde s'il n'y avait que des gens seuls !

Si avec mes patients j'utilise de nombreuses méthodes, psychiques et corporelles, la relaxation est mon outil de travail privilégié. Beaucoup de gens qui viennent me voir sont obsédés par leur problème « sexuel » au point qu'il a envahi tout leur champ de vision. Il y a une énergie désordonnée dans leur mental. La relaxation leur permet de passer à un autre niveau et de se recentrer sur leur corps, de laisser passer cette énergie dans le corps, qui est également notre moyen d'exprimer l'amour, ne l'oublions pas ! Le corps est aussi un outil pour le plaisir.

Accepter son corps, c'est accepter la réalité humaine, tout en sachant que cette réalité ne cesse d'évoluer tout au long de la vie, et que le changement fait partie de cette vie qui nous entraîne.

1

LA PREMIÈRE CONSULTATION

ELLE EST ENTRÉE INTIMIDÉE DANS MON CABINET, ENVOYÉE PAR une gynécologue qu'elle aime beaucoup, pour absence de désir et état dépressif. Elle a confié à cette gynéco fine et compétente sa solitude et son angoisse de femme. Son visage reflète la tristesse ; elle ne sait pas par où commencer. Raconter quoi, sa vie, ses doutes sur elle-même, sur sa capacité de se faire aimer d'un homme... Son histoire pourrait être celle de nombre de femmes que j'ai vues depuis que j'ai commencé à écouter et essayer de comprendre ce que des femmes venaient chercher chez une psychosomatienne devenue ensuite gynécologue.

De mon côté, j'ai aussi une certaine appréhension que je cache du mieux possible. Depuis tant d'années, à chaque consultation avec une nouvelle personne, c'est à l'intérieur de moi la même interrogation : est-ce que je vais pouvoir comprendre cette femme, cet homme, et l'aider à trouver le nœud ou les nœuds qui ont bloqué, dans la petite enfance, ou dans l'adolescence, la confiance en soi que tout être humain devrait avoir pour affronter la vie ? Et pourquoi celle-là et pas celle de sa voisine, de sa sœur, de ses amies ? Chaque être a une trajectoire personnelle enfouie dans son corps et dans son imaginaire. Ce n'est pas évident de découvrir, au premier entretien, les moments critiques, les moments clés d'une vie où se sont inscrits en lui ou en elle des conflits ou des paroles qui l'ont blessé, ni pourquoi les blessures ont été si profondes qu'elles durent encore, comme des fers brûlants, insurmontables.

Ma patiente ne doit surtout pas savoir que, moi aussi, j'ai peur. D'ailleurs, « peur » n'est pas le bon mot. C'est un mélange d'attente, de désir d'être efficace et d'être à la hauteur de cette situation particulière : être un médecin qui s'occupe d'aider son prochain dans le champ de la sexualité.

J'aime la pièce où je travaille, au sein de l'appartement où j'ai vécu avec mon mari et mes enfants. J'ai choisi les meubles, au fil des années, et la couleur et l'éclairage, de façon que ce soit à la fois joli et accueillant pour les gens qui y pénètrent, et respectable pour inspirer confiance. J'ai mis le portrait de mes parents à gauche de mon bureau, un peu à l'écart du regard des gens qui viennent.

À chaque fois, c'est comme si ma personne, ma vie, mon savoir et ma formation se rejouaient. J'utilise tout ce que j'ai appris au fil de mes formations psychologiques et psychanalytiques, comme des innombrables séminaires que j'ai suivis. J'utilise aussi, et peut-être surtout, le colloque avec moi-même, secret, souvent douloureux, qui se poursuit dans les moments de répit ou de solitude. Avec les associations d'idées, les culpabilités, les regrets, les remords, mais aussi ma joie de vivre, les moments d'affection et de tendresse de mes enfants et de mon compagnon, comme les moments de crise qui m'ont servi à me mettre en question. Et je n'oublie pas un des enseignements de Balint, qui disait : retardez le plus longtemps possible votre diagnostic, laissez ouvertes toutes les voies, ne vous enfermez, vous et le patient, dans aucun diagnostic définitif. Cela suppose d'accorder du temps à la consultation, ce qui est un autre précepte « balintien » de base. (L'importance de Michaël Balint, médecin et psychanalyste hongrois – 1899-1971 –, a été capitale tout au long de ma vie.)

Elle est donc là devant moi, vingt-huit, trente ans peut-être, le visage enlaidi par la souffrance, mais probablement jolie quand elle va sourire. Je l'entends à peine et je n'ai pas le temps de regarder ses yeux car elle les baisse souvent. Je lui demande de raconter sa vie comme elle le peut, là, en ce moment.

Elle n'a pas eu de chance d'abord de perdre son père, puisque c'est lui qu'elle aimait le mieux, et qu'ensuite cette perte survienne au début d'une nouvelle liaison. Car la mort de son père a fait fuir un homme qu'elle commençait tout juste à fréquenter et avec qui elle espérait atteindre le plaisir qui s'était dérobé jusque-là. Et la déveine a continué : une autre liaison un an après, puis une autre, sans joie, sans plaisir et sans espérance.

Elle n'a jamais connu l'orgasme. Elle en était souvent proche mais elle avait tellement peur de ne pas y arriver qu'elle ne pouvait pas se laisser aller. Et, de plus, elle était submergée par un sentiment accablant d'infériorité et par la peur de l'échec au cours des préliminaires amoureux. Au cours d'un deuxième entretien, elle me parle de ses difficultés de contact avec sa mère depuis l'enfance, et de la préférence que celle-ci accorde à son frère plus jeune.

Nous commençons un traitement de relaxation. Est-ce le mauvais modèle maternel, est-ce la haine d'elle-même, est-ce la malchance qu'elle n'ait pas rencontré d'homme pour elle ? Toujours est-il qu'il faut l'encourager, la valoriser par tous les moyens et toutes les paroles susceptibles de passer, c'est-à-dire vraisemblables. Ainsi, un jour, je lui dis qu'elle est jolie, elle l'est vraiment à ce moment-là, et cela lui fait un bien fou. Il ne faut pas dire une parole de ce genre à un mauvais moment. Il faut trouver le moment ascendant où cette femme peut y croire.

La cure de relaxation est très irrégulièrement suivie à cause de ses voyages fréquents, et l'évolution connaît des hauts et des bas. Une première étape est la progression professionnelle. Puis survient une nouvelle période de dépression et de découragement, probablement liée à un entretien sur sa mère, au cours duquel elle a pris conscience que celle-ci avait aussi eu une vie difficile. Le pardon, la compréhension, est un chemin laborieux mais payant. C'est un progrès sur elle-même.

Elle fait régulièrement chez elle de la relaxation et atteint le stade où la vie du corps, profonde, nouvelle, l'emporte sur les images négatives et où un calme, inconnu jusque-là, procure la sensation qu'un autre monde existe. Elle est en progrès, devient de plus en plus avenante et ce qui devait arriver arrive : elle rencontre chez des amis un célibataire, enfin un homme ni veuf ni divorcé, et elle sent qu'il est attiré par elle. Très réservé, il met un certain temps à manifester son intérêt, la faisant rechuter dans le doute. Mais, un beau jour, elle revient épanouie en me disant qu'ils vont faire la tentative de vivre ensemble.

Les visites s'espaçent. Et puis un jour, un coup de fil, vibrant d'émotion : « J'ai trouvé tout ce que j'étais venue chercher chez vous. » C'est-à-dire la joie physique, pleine et entière, et la sécurité affective. Je ressens une grande joie pour elle et une satisfaction personnelle autant que professionnelle.

En tout, nous nous sommes vues pendant un an et demi, de façon irrégulière. Avec le traitement de relaxation, ma patiente s'est recentrée sur son corps, au lieu d'être éparpillée dans des pensées dépressives. À cela

s'est ajoutée la confiance qu'elle a placée en moi, qui se développe dans les moments suivant la relaxation : les paroles du patient sont alors plus authentiques et sincères que quand il arrive droit du dehors, encore tout imprégné du personnage social. De même, les paroles du thérapeute sont alors mieux entendues.

Quand nous avons évoqué le cas de sa mère, je l'ai d'abord écoutée très longuement me dire combien et comment sa mère était méchante. Très souvent, je laisse ainsi les gens dire autant qu'ils le veulent, dans tous les détails, tous les moments où ils ont senti la fermeture de la mère, où ils ont ressenti dans leur corps que cette femme qu'ils voudraient aimer, ils la détestent. Et, à ce moment-là, il faut à tout prix qu'ils ne se disent pas : « J'ai honte de dire cela. » Il faut qu'il y ait dans mon regard une lueur qui montre à la personne que je suis avec elle, que je ne suis pas blessée par ce qu'elle dit. Au contraire, mon regard doit être empreint de compréhension et de compassion, tout en ayant une attitude professionnelle.

Après l'avoir écoutée, je dis en parlant de sa mère : « Elle a eu probablement sa propre histoire avec sa mère à elle, et a dû se cuirasser pour s'en sortir », et j'ajoute : « C'est une pauvre femme. » À ces mots, elle s'exclame : « Ah, pourvu que je ne sois pas comme elle ! » (Les femmes me font invariablement cette réponse.) Je m'empresse alors de préciser : « Il y a deux énormes différences entre elle et vous. D'une part, c'est que vous, vous êtes ici pour en parler. Et, d'autre part, n'oubliez pas que vous n'êtes pas de la même génération que cette femme. Vous êtes d'une époque où on bouge, où on cherche, où on sait qu'on a la possibilité de changer et de prendre sa destinée en main. » De cela je suis convaincue, et la vie n'a cessé de me le prouver : quelle que soit la vie que l'on ait eue, et qui a été notre fatalité, on peut toujours, à un moment donné, décider de prendre sa destinée en main.

Cette jeune femme a été valorisée par le regard que je portais sur elle et par mes paroles ; celles-ci venaient comme laver la dévalorisation injustement ressentie au contact des hommes qui la laissaient tomber. Cette valorisation a pu se faire notamment grâce au processus de transfert, c'est-à-dire l'ensemble des sentiments inconscients ressentis pendant la toute petite enfance et qui sont réveillés et modifiés par le travail mental avec le ou la thérapeute. Mes patients sont rassurés par mes cheveux blancs et mon expérience qu'ils devinent. En outre, son antipathie contre sa mère était un poids pour elle. Dans le travail qu'elle a effectué avec moi, elle s'est débarrassée, sinon de toute sa colère contre

sa mère, au moins d'une partie suffisante de cette colère pour ne plus être parasitée. Surtout, elle a pris des distances vis-à-vis de sa mère, sortant du cercle infernal d'amour-haine pour prendre un peu de hauteur. Et elle a commencé à ressentir sur deux niveaux : au lieu d'être engloutie dans le niveau affectif, elle s'est déployée aussi à un niveau intellectuel et rationnel.

On peut rester prisonnier de l'émotionnel et végéter dans l'apitoiement sur soi-même. Il faut du courage pour s'en extraire. Grâce à l'extraordinaire mécanisme de la relaxation, on entre dans un autre monde où les sensations du corps viennent nourrir l'être humain autant, sinon plus, que ses colères et frustrations personnelles.

Nombre de personnes qui viennent consulter font la démarche une ou deux fois. Mais, quand elles devinent qu'elles plongent dans un univers complexe où elles doivent évoquer les relations avec leurs parents et avec elles-mêmes, elles prennent peur du travail à accomplir et ne reviennent plus. Une psychothérapie, ce n'est pas anodin, c'est un dédale à parcourir. Quelle qu'elle soit, c'est un vrai travail mental qui peut être douloureux ou qui, en tout cas, demande un effort. Il faut s'y investir en temps et en argent, en attention et en concentration. Beaucoup de personnes ne sont pas prêtes à payer le prix et ont peur de s'engager, de devoir venir trop souvent, de ne pas trouver le temps. Elles ont entendu parler d'ami(e)s qui font des analyses de cinq, de dix ans, et craignent que cela dure très longtemps. C'est pourquoi je me suis orientée vers des thérapies brèves, centrées sur la réalité d'aujourd'hui et sur deux ou trois points névralgiques de la problématique générale de la personne, décidés en accord avec elle. C'est une psychothérapie brève, intermédiaire entre le comportementalisme et la PIP (psychothérapie d'inspiration psychanalytique). Elle est plus adaptée à notre époque, aux besoins des humains d'aujourd'hui, agressés par la vie moderne, ses exigences et ses complications, au besoin de survie économique et à celui de s'appuyer sur son corps, de lui laisser ses droits.

En même temps, s'il y a un effort à fournir dans une psychothérapie, je tiens à dire que c'est un effort positif et désangoissant. Souvent les gens me disent : « Je sens que j'ai commencé quelque chose et je me sens moins seul(e). »

Nous verrons à la fin du livre, dans le chapitre « Rien n'est jamais joué à 100 % », toutes les ressources, nombreuses, de l'être humain quand il se décide à lutter pour son bonheur et sa liberté de penser.

2

MON PARCOURS VERS LA PSYCHOSOMATIQUE SEXUELLE

À L'USINE OÙ J'ÉTAIS MÉDECIN DU TRAVAIL, CHAQUE ANNÉE AU retour des vacances, un chef d'équipe s'arrêtait pour douleurs d'estomac. Il souffrait au point que je l'emmenai consulter le professeur Bernier, à l'hôpital de Lariboisière, un gastro-entérologue célèbre pour la sûreté de son diagnostic, qui confirma le diagnostic d'ulcère gastroduodéal. Lors de la visite de reprise du travail après un congé maladie, je fis remarquer à ce chef d'équipe que la reprise de son ulcère coïncidait, chaque année, avec le retour à l'usine. Et je lui demandai si tout allait bien dans son groupe de travail, et qui était son chef. Il me répondit : « Vous savez bien, c'est X. » Je connaissais ce X., irascible, une « grande gueule », comme on disait. Mon patient, homme calme et introverti, enchaîna : « Ah, celui-là, il me reste sur l'estomac ! » En me disant cette phrase, il me regarde, suffoqué, et dit : « Mais vous voulez dire que c'est lui qui me rend malade ? » J'avais fait intérieurement le même chemin que lui, et tous les deux nous nous sommes mis à rire de contentement d'avoir ainsi « découvert » la médecine psychosomatique. Naturellement, je demandai un changement d'affectation, et l'ulcère cessa de récidiver.

Cet épisode est survenu au début des années cinquante. Aujourd'hui, avec le recul du temps, je considère que ce fut pour moi une chance de travailler à mi-temps pendant trente-deux ans comme médecin dans une usine d'aéronautique de deux mille trois cents personnes, dont 80 % d'hommes, en banlieue parisienne. Dans ce milieu

masculin et populaire, la santé était au premier plan des soucis des ouvriers et le corps, payé pour sa force ou son habileté, était leur seul capital. S'il ne fonctionnait plus, c'était l'arrêt de travail, l'« exclusion » en quelque sorte. Par ailleurs, la richesse du parler populaire a beaucoup compté, avec ses mots qui, instinctivement, établissent la relation entre le corps et le vécu : « j'en ai plein le dos », « j'ai le cœur lourd », « il me reste en travers de la gorge ».

Ma vision et l'abord global de l'être humain commencèrent à prendre un éclairage différent. Je cessai de prescrire des radios et des médicaments à tout bout de champ. Jusque-là j'avais multiplié les examens, par peur de passer à côté d'un début de maladie « purement physique », obnubilée que j'étais par la science médicale à laquelle j'avais été formée, celle des grands patrons, qui ne connaissaient pas la psychologie ni les structures de personnalité – beaucoup ne les connaissent d'ailleurs toujours pas.

Je tentais désormais de comprendre tout d'abord le vécu du patient, les raisons psychiques et psychologiques qu'il pouvait avoir d'être fatigué et de présenter tel ou tel symptôme. Il ne s'agissait pas de le psychologiser ni de lui imposer ma vision de sa maladie, mais de le prendre comme un être humain avec sa complexité infinie et sa recherche de cohérence. Et de voir que, quand il ne savait pas dire avec des mots ce dont il souffrait, son corps parlait pour lui.

Ma découverte de Wilhelm Reich¹ à dix-huit ans, dans ma période libertaire qui m'a marquée à jamais, m'avait sensibilisée à l'importance capitale de la sexualité dans la santé physique, nerveuse et mentale. Si je ne suis plus reichienne depuis longtemps, je dois à ma connaissance de Reich d'avoir pu pressentir, au-delà des symptômes digestifs, cardiaques ou nerveux et surtout de la fatigue dont se plaignaient très fréquemment les ouvriers, la misère sexuelle des hommes. Et de deviner, derrière celle-ci, la misère sexuelle de leurs femmes. De plus, je cherchais à comprendre les causes des accidents du travail à répétition dont étaient victimes certains ouvriers, malgré les dispositifs de sécurité. En consultation, je découvrais ces hommes complètement perturbés par les discordes sexuelles dans leur couple, par les tensions et angoisses dues à l'absence de contraception ou par les traumatismes provoqués par les avortements, à l'époque clandestins. La théorie de Reich sur les troubles

1. Médecin et psychanalyste autrichien (1897-1957). Il fut ami puis adversaire de Freud, à qui il s'est opposé sur beaucoup de points, en particulier sur l'analyse des névroses et de la misère sexuelle. Il a écrit beaucoup d'ouvrages, dont *La Fonction de l'orgasme*, *La Révolution sexuelle* et *L'Analyse caractérielle*.

de la sexualité était que le refoulement sexuel se traduit par une « rigidification » du corps qu'il a appelée la « cuirasse musculaire ».

À nouveau, je mettais le doigt sur le lien entre le corps et le psychisme : quand un individu ressent de la peur, de la culpabilité ou de la colère, il perd sa capacité d'attention, sa vigilance et sa coordination motrice. Cette démarche était complètement pionnière à une époque où la recherche pour diminuer les accidents du travail était uniquement orientée vers l'ergonomie industrielle. On ne pensait qu'à perfectionner la machine sans se pencher sur la personne qui la manipulait. Il y avait une cloison étanche entre l'ouvrier-machine et l'être humain qu'était cet ouvrier. Comment un homme au travail pouvait-il être séparé de sa vie familiale, affective et sociale ?

Cette remarque, valable pour tout le monde, l'était aussi pour moi. Je n'ai cessé de faire un va-et-vient entre mon expérience personnelle et mon métier. La façon dont j'étais moi-même traitée en tant que femme a déterminé mon engagement féministe et a beaucoup compté dans mon désir de défendre la cause des femmes en médecine. Ainsi, en 1945, à l'embauche, mon directeur m'avait dit : « J'espère que vous n'aurez pas un enfant tous les ans » (cela ne nous a pas empêchés, mon mari et moi, de vouloir un deuxième enfant trois mois après...). Ce type de pressions et l'absence de droits et de liberté pour les femmes me révoltaient. En particulier, pour moi-même comme pour mes patientes, j'ai voulu en savoir plus sur la contraception, alors illégale et inconnue en France. Dans les années 1947-1948, avec le soutien de mon amie italienne Marisa Berneri, libertaire vivant à Londres, je suis allée me former en Angleterre dans les cliniques du Planning familial ; celui-ci était autorisé depuis les années vingt, alors qu'en France depuis 1920 la « loi scélérate » rendait illégale toute information sur l'avortement et la contraception. Ce fut ma première expérience de gynécologie. Je rentrais en France avec, dans mes valises, des séries de contraceptifs féminins, capes, voûtes et diaphragmes, qui n'existaient pas ici. C'étaient les seuls moyens contraceptifs connus avant l'apparition, bien plus tard, de la pilule.

Passionnée par l'endocrinologie ², j'allais chaque samedi matin dans le service de Gilbert Dreyfus, endocrinologue célèbre. Il était le

2. Science portant sur la physiologie normale et pathologique des glandes à sécrétion interne appelées glandes endocrines, et qui sont : les glandes surrénales (coiffant les reins), la glande thyroïde, les ovaires et les testicules et, enfin, un ensemble qui fait fonction de « chef d'orchestre » de toutes ces glandes endocrines, l'hypophyse, elle-même reliée à une partie du cerveau instinctif nommé hypothalamus (« cerveau émotionnel »).

patron d'Hélène Wolfromm, elle-même gynécologue très connue, qui faisait tous les samedis une consultation de gynécologie psychosomatique – une expression qu'elle fut, je crois, la première à employer. Dans les années cinquante, je la suivis chaque semaine. J'appréciais son intelligence et son brio et, surtout, je partageais son intérêt pour le lien entre le corps des femmes et leur psychisme. C'est ainsi que je me perfectionnai en gynécologie, assistant avec un grand enthousiasme aux rencontres qu'elle organisait avec des psychiatres et des psychanalystes sur des cas et des thèmes de gynécologie. Enthousiasme tempéré par le regret que ne soit pas du tout pris en considération le statut inférieur des femmes dans la société, statut qui, pourtant, pesait lourdement dans la mauvaise image qu'elles avaient d'elles-mêmes. Une femme ne peut être réduite à ses seuls ovaires ni à sa seule muqueuse vaginale !

Je voyais les difficultés que nous, femmes, avons pour nous affirmer dans une société qui nous maintenait dans des conditions d'étiquetage et de contraintes. Pour moi, la santé publique, c'était autant la santé des ouvriers que la santé des femmes et les deux me passionnaient – mais j'avais beaucoup de mal à faire comprendre et admettre qu'on pouvait s'intéresser aux deux.

Bien que pratiquant la psychosomatique à l'usine, je n'en avais jamais entendu parler et j'étais constamment à la recherche d'informations. J'allais, presque tous les samedis après-midi, regarder les vitrines des librairies médicales au Quartier latin. Et un jour, en 1954 ou 1955, je tombe en arrêt devant *La Médecine psychosomatique*, des docteurs Edward Weiss et O. Spurgeon English. Le cœur battant, j'entre dans la librairie, achète le livre et le dévore : tout ce dont j'avais eu l'intuition, tout ce que j'avais exploré seule se trouvait là, noir sur blanc ! Je me suis même dit : « Il faut que j'aïlle voir ces médecins-là. » La chance de ma vie se présente peu de temps après quand, grâce à une invitation aux États-Unis offerte par le professeur et Nobel Jacques Monod à mon mari Adam Kepès, chercheur, j'ai la possibilité de passer une année dans le service de ces deux médecins à Philadelphie (1955-1956). Le professeur English était un psychanalyste connu aux États-Unis, le docteur Weiss un interniste formé à la psychanalyse.

Mon premier abord avec la psychosomatique s'est donc présenté sous la forme de la psychanalyse. Toutefois, je pressentais déjà que celle-ci ne pouvait pas couvrir tout le champ de la psychosomatique, qui nécessite une connaissance du corps, de la physiologie et de la pathologie ainsi que, comme nous l'avons vu ces trente dernières années, l'apport de beaucoup

d'autres sciences. On aborde le corps en le touchant avec soin et tact et en utilisant ce que la médecine et la clinique nous apportent. Le corps est comme un clavier de piano : le son sort si on sait où il faut appuyer.

À mon retour des États-Unis, une seule idée en tête : devenir psychosomatienne. J'ai rencontré Michel Sapir, qui avait une consultation de médecine psychosomatique dans le service du Dr Charles Brisset, psychiatre. Avec eux deux, j'ai participé à un des premiers groupes Balint de France, de 1957 à 1960. Michaël Balint, psychanalyste hongrois émigré en Angleterre, avait mis en évidence l'importance de la connaissance de soi des médecins, de la formation psychologique des médecins et de la relation médecin-malade. L'apport de Balint est immense et sa méthode est le point de départ d'une autre médecine. En faisant apparaître la résonance entre le corps du malade et celui du médecin, Balint a élaboré un outil psychosomatique qui permet de mieux comprendre le malade, ainsi que d'avoir accès à sa vraie personnalité et à sa demande profonde. Ma participation à ce groupe Balint, puis à un autre groupe Balint centré sur l'hystérie et plus analytique, a représenté pour moi l'équivalent d'une formation psychosomatique.

Était-ce le manque de confiance en moi, dont je souffrais comme l'immense majorité des femmes ? Je continuais d'avancer avec une grande prudence dans mon exploration des liens entre corps et psychisme. J'étais de plus en plus convaincue par la cohérence de ce que je constatais auprès de mes patients et de mes patientes, mais, en même temps, j'aurais aimé voir ces intuitions validées par des théories, par des « grands professeurs » et des « spécialistes ». D'autant plus qu'à cette époque régnait un certain terrorisme psychanalytique : la psychanalyse était considérée comme la voie royale pour comprendre l'inconscient et on estimait qu'on ne pouvait pas faire de psychosomatique sans faire de psychanalyse.

Moi-même je n'y échappai pas, désireuse d'approfondir la psychosomatique autant que la connaissance de moi-même. Toutes les voies menant à une meilleure connaissance de soi sont bonnes pour un médecin qui veut aborder son patient dans sa globalité psychosomatique. C'est dans cet esprit que j'entrepris, à la fin des années cinquante, avec Sapir, une relaxation analytique sur trois ans pour obtenir le diplôme de relaxation, récemment créé au Collège de médecine des hôpitaux de Paris, qui évolua ensuite vers une formation annuelle avec ateliers. Dans ce cadre, j'effectuai une relaxation psychanalytique qui s'est poursuivie par une analyse avec la psychanalyste Michèle Cahen. Ce fut une période intense d'exploration de moi-même, de mon

enfance, de mon adolescence et de mes rapports avec mon entourage et le monde. Plus de vingt ans plus tard, je suivis une analyse jungienne qui m'a ouverte sur un autre monde et a enrichi ma pratique avec des apports sur les archétypes et les rêves. Le travail de Jung sur le Moi et le Soi, mené à la fois sur lui-même et sur ses patients, l'a amené à constater que toute la personnalité humaine se trouve éclairée quand l'individuation, qui est un processus inconscient, se transforme et devient consciente, c'est-à-dire quand le Moi fait l'expérience de l'inconscient collectif. «Être entier», c'est savoir reconnaître l'existence du centre inconscient de la personnalité et accepter ce que l'on est.

Pour des thérapeutes de base dont je suis, il a été fructueux et enrichissant d'emprunter à Freud et à Jung. Et, cependant, il m'a fallu chercher au-delà, car ni l'un ni l'autre n'étaient psychosomaticiens.

Pour la psychosomaticienne de la sexualité que j'allais devenir, beaucoup de choses se sont jouées dans ces années cinquante : mes formations, mes lectures et mes engagements ont convergé pour me donner des bases solides, théoriques et cliniques, qui m'ont permis d'élaborer peu à peu une pratique que je qualifie aujourd'hui de psychosomatique sexuelle.

En 1958, j'ai rejoint le Planning familial (qui s'est appelé la Maternité heureuse jusqu'en 1960) où je suis entrée toutes voiles dehors, gonflée par la diversité de mes expériences et de mes pratiques de médecin du travail, de la gynécologie et de la psychosomatique.

Avec le Planning, mon histoire personnelle a rencontré l'Histoire. Je trouvais là un lieu unique où je pouvais développer mes idées sur les liens entre la médecine, la psychosomatique et la vie sexuelle, et exprimer mes interrogations dans un contexte caractérisé par la volonté de lutter pour l'émancipation des femmes.

J'ai toujours eu un très grand plaisir à transmettre des connaissances que j'avais accumulées depuis des années, et je me retrouvai à la tête de la Commission de formation (1960-1972) et de la Commission de psychosomatique au sein du Planning. Tous les ans, j'organisais, pour les médecins et les conseillères conjugales du Planning, des cycles de conférences sur la psychosomatique et la sexualité, avec les psychosomaticiens et les psychanalystes les plus connus, qui apportaient leur collaboration bénévole, surtout Michel Sapir.

Dans les formations avec les conseillères, l'approche psychosomatique représentait un outil extraordinaire pour éclaircir et décoder les cas, souvent complexes, apportés par des consultantes.

J'avais rejoint le Planning familial avec optimisme, mue par la conviction qu'une contraception bien adaptée allait éclaircir, dénouer et même guérir les conflits dans les couples. Très vite, force a été de constater que ce n'était pas si simple que cela, loin de là.

Tout d'abord, la contraception a révélé les résistances à l'œuvre chez les hommes, chez les femmes et chez les médecins. Les premiers et les derniers étaient déstabilisés, sinon terrifiés, par ce transfert du pouvoir entre les mains des femmes ; quant à celles-ci, elles étaient pleines de culpabilité et de contradictions. Je regroupai tout cela sous l'expression « résistances psychosomatiques à la contraception ».

Ensuite, paradoxalement, la contraception a permis de mieux cerner les problèmes sexuels. On découvrit que, une fois délivrées de l'angoisse de la peur de la grossesse, les femmes n'éprouvaient *toujours pas* de plaisir ou de désir, tandis que certains hommes, déboussolés par cette nouvelle image de la femme, *devenaient impuissants*. De nombreux autres se sont révélés éjaculateurs précoces, un problème qui jusque-là avait été camouflé par l'obligation de pratiquer le coït interrompu pour ne pas féconder leur femme. Les hommes avaient autant besoin que leur compagne de limiter leur famille.

La contraception, qui semblait raisonnable, a révélé la complexité infinie de la sexualité humaine, et a ouvert sur le monde non raisonnable, inattendu et paradoxal du désir et de ses aléas.

Je pourrais dire que c'est grâce aux femmes que j'ai pu avancer vers la psychosomatique sexuelle. Le traitement du corps des femmes m'a appris infiniment sur les femmes dans leur globalité, dans leur corps comme dans leur esprit, comme dans leur fonctionnement affectif et émotionnel, dans leurs espoirs, dans leurs regrets et dans les souffrances subies en tant que femmes dans une société patriarcale.

Ma consultation de gynécologie est devenue une consultation de gynécologie psychosomatique, et celle-ci a été déterminante dans mon parcours vers la psychosomatique sexuelle.

Je voulais trouver des réponses à ce que les femmes réclamaient. Leur corps réclamait le droit au plaisir. Leur manque de désir était dû au manque de plaisir, c'est-à-dire à la contrainte et à l'ignorance. À l'époque, je ne savais pas encore que les hommes étaient trop rapides dans l'acte sexuel et je pensais sincèrement que les femmes étaient lentes. J'ignorais que, pour des raisons anatomiques, l'homme peut parvenir à une érection totale en quelques minutes alors que l'excitation chez la femme prend une quinzaine de minutes. J'ai dû attendre 1976, et la traduction

du livre de l'Américaine Mary Jane Sherfey, pour le découvrir (voir chapitre 5 sur les femmes, p. 100).

Quand je recevais des femmes qui venaient me voir pour difficultés sexuelles, je croyais naïvement, au début, que, si quelques consultations d'information et d'entretien en face-à-face ne donnaient pas de résultats, je devais les adresser au psychanalyste. Certaines revenaient ensuite soi-disant guéries mais toujours « frigides » c'est-à-dire n'éprouvant pas de plaisir. Je me souviens en particulier d'une femme qui est revenue me voir après cinq ans de travail avec un psychanalyste vers qui je l'avais moi-même dirigée. J'ai peu à peu compris que, si les psychanalystes ne réussissaient pas avec les femmes frigides, c'est qu'eux-mêmes ne connaissaient pas la sexualité ni le corps des femmes et qu'ils raisonnaient en hommes. J'ai fini par comprendre que c'était à moi, en tant que femme et psychosomaticienne avec une formation psychologique poursuivie depuis des années, de prendre mes responsabilités dans les traitements de ces cas-là.

On a subi pendant très longtemps la nocivité de la théorie psychanalytique de l'« envie du pénis » chez les femmes, qui faisait des ravages. Selon Freud, la libido est phallique, chez les hommes comme chez les femmes, et les femmes souffrent de leur envie de pénis. Il a fallu l'important travail de psychanalystes féministes pour éliminer cette croyance.

Cela ne m'a pas empêchée de fréquenter des séminaires de psychanalyse, d'approfondir mes lectures et de publier mes résultats, de façon à susciter des débats et éventuellement des critiques qui font avancer.

Je tentai, par tous les moyens, de raccorder ce que je savais comme psychosomaticienne et ce que je voyais tous les jours dans mes consultations à la fois de gynécologie et de difficultés sexuelles. Je cherchais un moyen de traiter la souffrance sexuelle sans passer par la psychanalyse, en travaillant sur la réalité de la femme, sur ce qu'elle ressentait, exprimait, et sur ce que disait son corps. J'ai commencé à utiliser le « concept psychosomatique de dysfonction sexuelle ».

En 1970, je suis allée à l'université de Saint-Paul, dans le Minnesota aux États-Unis, où, tous les trois mois, se tenait dans le département de psychiatrie, un séminaire d'une semaine sur la sexualité. C'était un programme théorique et pratique, tout à fait pionnier, de *re-assessment about sexuality* qu'on pourrait traduire par « ré-affirmation, remise en ordre de la sexualité ». J'en ai tiré une grande aisance pour l'approche de la sexualité auprès du grand public. J'ai pu poser des questions encore plus précises à mes patients et mes patientes et affiner ma technique de

l'entretien. Je savais qu'il est plus difficile pour une femme ou un homme de repartir avec sa souffrance que de répondre à des questions précises, qui appellent un clitoris un clitoris et une verge une verge.

Le livre de Masters et Johnson, *Les Réactions sexuelles* (1968), est alors très bien tombé. Toutefois, le contenu restait une entrée en matière comportementaliste : « Vous devriez faire comme ci, comme ça, vous, ou votre mari », et ne résolvait pas les problèmes de ceux et celles qui ne pouvaient pas faire comme ci ou comme ça, qui par exemple n'aimaient pas caresser ou être caressé(e)s. Dans leur livre suivant, *Les Mécontentes sexuelles* (1971), j'ai trouvé beaucoup de renseignements pratiques sur les mécontentes sexuelles quand elles ne sont pas forcément liées à des conflits de la petite enfance, mais à des conflits secondaires survenus dans un climat de décalage et de dysharmonie sexuelle.

De même, *The New Sex Therapy*, le premier livre d'Helen Kaplan, psychanalyste devenue sexothérapeute, a été pour moi d'une grande aide. Paru en 1975, il apportait le point de vue d'une psychanalyste soucieuse de répondre rapidement, comme je le faisais, à des souffrances sexuelles. Kaplan a ensuite publié en français un résumé de ce livre, illustré avec tact, de dessins représentant différentes positions de l'amour. Encore aujourd'hui, je l'utilise auprès de mes patient(e)s avec beaucoup de profit !

Ces auteurs m'ont beaucoup apporté, et par ricochet ont beaucoup apporté à mes patients ; par la suite, j'ai mis à profit deux voyages aux États-Unis pour rencontrer Masters et Johnson, ainsi qu'Helen Kaplan.

J'ai commencé à pratiquer de manière de plus en plus régulière la relaxation destinée aux femmes intéressées. Riche de ce que disaient les femmes au sortir de la relaxation, je situais mieux l'origine des déficiences sexuelles, c'est-à-dire dans les souffrances de la très petite enfance. Je faisais à la fois du traitement de psychosomatique sexuelle tout en commençant à réfléchir aux bases théoriques apportées par Melanie Klein sur les fantasmes du nourrisson et sur l'amour-haine, et par Winnicott sur le *holding* et le *handling*.

Devant les résultats encourageants et positifs obtenus par cette méthode polymorphe, je ne pouvais que continuer. De plus en plus, j'ai accueilli – pourrais-je dire « recueilli » ? –, et souvent soigné et tiré d'affaire, des femmes et des hommes qui avaient passé de nombreuses années en thérapie psychanalytique sans progresser sur le plan de l'intimité et de l'épanouissement sexuels.

Progressivement, j'ai reçu de plus en plus d'hommes, soit envoyés par leur femme que j'avais suivie, soit venus spontanément en la voyant aller mieux.

En quoi mon travail est-il différent de la psychanalyse ? Celle-ci s'étale sur des années et se focalise pendant des années sur le passé. Mon rôle est différent : je veux aborder ce passé, qui est crucial (nous le savons grâce à la psychanalyse), le plus rapidement possible, en quelques séances. Et je mise sur les responsabilités et les capacités de la personne, sachant que pour beaucoup le désir d'être heureux est là, sous-jacent. Pour d'autres, il faut plus de temps et dépister les attitudes masochistes ou obsessionnelles plus ou moins inconscientes. Autre différence, fondamentale : je touche le corps des gens, donc une intimité se crée entre le patient et moi, dans lequel se développe une confiance qui va l'aider à s'exprimer plus librement. Toutefois, qu'une chose soit bien claire : sans la psychanalyse, nous n'aurions jamais pu développer des thérapies fondées sur la connaissance de l'inconscient.

La contraception a représenté le début d'une révolution des rapports entre les hommes et les femmes, aussi rapide que profonde. Les unes et les autres sont tiraillés entre des valeurs traditionnelles transmises depuis des générations et les nouveaux rôles qui sont les leurs, dans la société comme dans leurs relations intimes. Les hommes et les femmes sont en quête de leur juste place. Parfois, j'ai même l'impression qu'un fossé les sépare ! Mais, au-delà de cette douleur, de cette souffrance chez beaucoup de couples dans la vie quotidienne, on entrevoit actuellement l'émergence de nouvelles pratiques et d'une nouvelle éthique chez les jeunes d'aujourd'hui.

Dans le désir d'avoir une bonne relation sexuelle, il y a le désir d'avoir du plaisir sexuel, le désir de l'orgasme. Mais il y a aussi le désir d'aimer et d'être aimé(e), de ressentir la confiance, la sécurité et le partage de ce joyau qu'est la vie avec un « autre significatif » (*significant other*), c'est-à-dire quelqu'un qui compte amoureusement et affectivement.

3

LES ORIGINES DE LA SEXUALITÉ ADULTE : DU NOUVEAU-NÉ À L'ENFANT

COMMENT SE DÉVELOPPE UNE PERSONNE SUR LE PLAN DE SA sexualité, de la naissance à l'âge adulte ? La complexité d'une personne adulte ne peut être saisie que si l'on arrive à comprendre le psychisme du nouveau-né que cette personne a été, ainsi que les mécanismes qui ont présidé à son développement psychoaffectif et à la construction de son identité sexuelle tout au long de la vie. C'est pourquoi, avant d'aborder la suite de cet ouvrage qui porte sur la sexualité des adultes, il est indispensable de faire un détour par les théories sur la sexualité infantile, ne serait-ce que pour asseoir les grands principes de base.

Pour moi, la théorie, c'est... qu'il n'y a pas une seule théorie ! Il faut puiser à toutes les sources. Une seule règle : suivre son patient, voir de quoi il ou elle a besoin, et ne pas le faire rentrer à tout prix dans un moule préétabli.

J'ai lu avec passion quantité d'ouvrages d'auteurs fondamentaux, importants ou moins connus, qui m'ont tous alimentée d'une façon ou d'une autre. Parmi ceux qui m'ont le plus apporté, je citerai trois noms : Freud, Melanie Klein et Winnicott. Pour tous les jeunes et moins jeunes médecins, qu'ils soient généralistes, gynécologues ou psychiatres, et pour les psychologues, ces pionniers peuvent être des sources inépuisables d'enseignements. Ils ont tous les trois étudié le développement psychoaffectif et de la sexualité de l'être humain dès sa naissance, mais en abordant cet immense sujet, chacun à son époque, avec sa formation et ses idées.

Freud : découverte de la sexualité infantile

Médecin autrichien (1856-1939), Freud est le père fondateur de la psychanalyse et le découvreur de l'inconscient. Née au début du ^{XX}^e siècle, la psychanalyse a fourni le socle sur lequel se sont bâties ensuite toutes sortes de théories et de découvertes sur le fonctionnement du psychisme. En outre, Freud a été le premier à affirmer que l'enfant avait une sexualité, et que les aléas de cette sexualité infantile retentissent sur la sexualité à l'âge adulte, en se jouant par des événements et des rencontres. Il a commencé par écouter ses malades allongés sur un divan, lui étant assis derrière eux, pour les guérir de symptômes corporels et psychiques, ou psychosomatiques, en pratiquant la méthode des associations libres.

Les hypothèses de Freud sur l'organisation de la pensée et de la sexualité humaine l'ont conduit à la découverte de l'inconscient, essentiellement formé de souvenirs refoulés, c'est-à-dire oubliés : souvenirs de faits ou souvenirs de désirs. Il est difficile d'avoir accès à l'inconscient dans la vie ordinaire, sauf à travers les actes manqués, les lapsus, les rêves et les symptômes corporels par lesquels cet inconscient s'exprime. C'est pourquoi on peut difficilement prendre conscience, sans aide psychologique, que le symptôme dont on souffre correspond à un conflit ou à un désir refoulé.

Entre l'inconscient et la vie consciente, il y a une partie intermédiaire qu'on appelle le préconscient. Inconscient, préconscient et conscient constituent ce qu'on a appelé la première topique freudienne.

Dans un deuxième temps, Freud a développé sa théorie des pulsions. Celles-ci jaillissent d'un vaste réservoir énergétique qu'il a appelé le Ça. Le contrôle des pulsions est assuré par les règles de la vie en société ou par le Surmoi, ensemble intériorisé de nos propres règles, c'est-à-dire notre « gendarme intérieur ». C'est la deuxième topique freudienne. C'est là qu'apparaît, dans toute sa force, la notion de refoulement : la conscience rejette, refoule dans l'inconscient tout ce qui paraît insupportable et inacceptable pour la personne (cf. schéma du système freudien – inconscient et refoulement –, chapitre 6, p. 122).

Ce qui ne peut pas s'extérioriser dans la vie, tous les désirs, tous les rêves, même s'ils sont exprimés partiellement, continue sa vie interne sous forme de fantasmes, élaborés dans l'inconscient et évoluant avec le temps. Ces fantasmes jouent ce qui ne peut pas se vivre et entraînent souvent une culpabilité pesant lourdement sur le corps et l'âme. C'est ainsi qu'apparaissent des symptômes dans le corps, dont un symptôme

très fréquent, apparemment banal, qui est la fatigue. Dans le domaine de la sexualité, les fantasmes sont commandés par l'orientation du désir. Ce sont des mises en scène du désir sexuel, des scénarios personnels imaginaires, diurnes ou nocturnes, qui régissent certains comportements à l'insu de la personne.

Une colère venue de loin

E.P. a 35 ans. Il vient me voir pour faire une relaxation, envoyé par un sexologue qu'il a consulté pour éjaculation précoce, sans résultat après un certain nombre d'entretiens. Au sexologue, il a parlé de son sexe ; à moi, qui me montre très attentive à l'ensemble de son corps et de sa vie, il me parle en plus de deux douleurs, accompagnées d'une angoisse terrible, qui surviennent surtout dans des moments de crise, de fatigue ou d'émotion.

La première est une douleur derrière le sternum, la deuxième est dans le fondement, à l'anus. Les nombreux contrôles effectués, du cœur et de l'estomac pour la première, et de l'intestin, du rectum, de la vessie et de la prostate pour la seconde, se sont avérés négatifs. (Je me demande s'il a eu des rapports homosexuels, mais je ne lui en parle qu'après plusieurs entretiens. Réponse négative.)

Chaque semaine puis chaque quinzaine, il fait sa relaxation avec zèle, ce qui est l'indice d'un transfert positif et aussi d'un grand désir de guérir. Au bout de quatre mois, il déclare ne plus ressentir ses douleurs.

Il a aussi vu autrefois un analyste, pas très longtemps, à qui il n'a parlé que de l'éjaculation précoce. C'est d'ailleurs sur celle-ci que nous nous concentrons. Je lui explique que ce n'est pas une maladie, mais un symptôme d'émotivité ou de colère, qui devrait disparaître dès qu'il sera en confiance avec une femme. C'est une « mauvaise habitude » prise par le pénis, habitude qui s'installe et peut prendre une importance considérable, et disparaître par un traitement de déconditionnement, ce que permet par exemple la relaxation.

Pendant un an, rien de très marquant ne se passe sur le plan sexuel. Mais sa voix, à peine perceptible au début, est devenue plus claire et plus forte, et il fait moins de politesses inutiles ; ses symptômes de la poitrine et de l'anus ne le gênent plus pour le moment. Son faciès, qui était crispé et soucieux, s'est détendu et on remarque à quel point il est beau. Un jour, il arrive radieux : il est amoureux d'une jeune fille de 23 ans. Il est en position de force sociale car, dans son métier, il est beaucoup plus expérimenté qu'elle. Sur le plan sexuel, il est totalement épanoui, heureux, avec des érections non seulement longues mais voluptueuses. Il vérifie que tout ce

que je lui ai dit sur l'éjaculation précoce est vrai : celle-ci n'était pas inscrite dans son corps, il ne s'agissait que d'un trouble lié au psychisme. Son psychisme s'étant modifié avec le travail qu'il accomplit en relaxation, il cesse de tourmenter son sexe ! Et l'image qu'il a de lui-même s'étant améliorée, l'éjaculation précoce disparaît.

Comment sommes-nous venus à bout de cette éjaculation précoce ? Il faut ici recourir à la fois à Freud et à Melanie Klein.

Selon Freud, dès le premier jour de la naissance, c'est l'entrée en scène des pulsions dans le corps de l'enfant, des grands besoins et des grandes fonctions indispensables à la survie, comme la faim ou la fonction alimentaire. Ces pulsions vont déterminer les grands stades du développement dans la petite enfance.

Entre zéro et un an, il y a des zones du corps qui deviennent érogènes, c'est-à-dire sources de plaisir. Dans la succion du sein ou du biberon, le plaisir accompagne la pulsion qui pousse à vouloir téter. La bouche, les lèvres, la langue forment alors une zone érogène. Ce plaisir de la bouche et de la langue est renforcé par le contact de la chaleur du sein et du corps de la mère qui tient l'enfant. L'objet de plaisir est la nourriture *plus* le sein. C'est le stade oral.

Puis commence le début du stade anal, qui s'accompagne du plaisir d'expulser ou de retenir les selles, d'un an et demi, deux ans, jusqu'à trois ans. L'entourage, la mère surtout, félicite l'enfant qui commence à « être propre » ou le gronde dans le cas contraire. Les stades s'enchaînent en s'entremêlant, le stade oral se poursuivant pendant toute la période anale.

Après deux ans apparaît le début du stade génital, lié au plaisir de jouer avec les organes génitaux (si Freud a parlé, lui, de stade « phallique », c'est parce qu'il prenait comme modèle de la sexualité celle du petit garçon, considérant que la petite fille n'avait pas de vie sexuelle, et que son clitoris n'était qu'un pénis atrophié !).

Après le stade génital se développe la période œdipienne. Freud a identifié, et appelé « complexe d'Œdipe », la relation qui se noue entre l'enfant et le couple parental entre trois et cinq ans, et qui va commander le développement de la sexualité adulte : schématiquement, l'enfant a de l'amour pour le parent du sexe opposé et des sentiments de rivalité pour le parent du même sexe.

À cette période également survient l'angoisse de castration, c'est-à-dire la peur ressentie par le petit garçon de s'attirer la colère et la punition du père en repréailles de son désir de posséder sa mère et de souhaiter la disparition du père.

Le rapport de cet homme avec les femmes était marqué par son ambivalence extrême – amour-haine – devant l'image féminine, parce qu'il n'avait pas « liquidé son Œdipe ». Son père avait abandonné sa mère au cours de la période anale. Mon patient, étant le fils aîné (d'une famille qui comptera dix enfants), aurait dû remplacer le père parti. De plus, il a conservé à son insu une rancune vis-à-vis de sa mère parce qu'elle avait épousé un autre homme, au moment où lui était le plus amoureux d'elle. Au fil des années, cette rancune a disparu pour faire place à une estime aimante et à l'admiration.

En relaxation, nous avons travaillé sur la respiration, la poitrine, puis sur la détente de l'intestin grêle, du gros intestin, du côlon. Pendant une séance de relaxation, je nomme les régions souffrantes du corps. Ainsi, dans son cas : « Vous êtes proche de vos organes profonds, c'est une partie de votre corps qui ne demande qu'à être en paix... » Il s'est détendu, a découvert ses espaces intérieurs et n'a plus eu de douleurs venant d'un corps inconnu.

Grâce à la relaxation, il a pu prendre de la distance et de la hauteur par rapport à sa colère profonde et refoulée contre les hommes et contre les femmes. Par ailleurs, grâce au transfert positif, il s'est mis à avoir des relations confiantes avec moi. Et, au moment où il a rencontré une jeune fille belle et intelligente, il n'avait plus autant de colère contre les femmes.

La récupération de son érection demeure acquise même quand sa liaison se termine, au bout d'un an et demi. Il poursuit sa carrière et crée son entreprise, après une période de conflit avec son patron et ami. C'est un homme plus âgé que lui et riche, avec qui il entretient inconsciemment des relations filiales négatives provoquant colère et amertume. Ayant subi des rebuffades de la part de cet homme, les douleurs reviennent, surtout la douleur anale qui peut se montrer si violente qu'à plusieurs reprises il manque de s'évanouir et pense qu'il va mourir. Nous revenons alors sur les rapports qu'il a entretenus avec les deux hommes significatifs de son enfance : son père absent puis un beau-père qu'il méprisait et redoutait à la fois. Adulte, il a transposé sur son patron l'ambivalence de ses relations avec les hommes.

La douleur anale de cet homme fait penser au conflit non résolu de la période anale, dite aussi « sadique-anale » : pendant celle-ci, la structuration de la personnalité se fait alors que les zones érogènes se situent autour de l'anus et du plaisir de retenir et de donner des selles à la mère. Pourquoi « sadique » ? Parce que l'enfant découvre son pouvoir de faire, ou de ne pas faire plaisir à la mère, en maîtrisant ses selles et joue de ce

pouvoir. J'ai dit que j'ai pensé alors à l'amour-haine de Melanie Klein : dans tout amour contrarié, il y a une partie de haine et un désir de revanche, de faire du mal à la personne qui vous frustre. De cette période, cet homme a gardé un orgueil à vif, une blessure de son Œdipe malheureux.

Il a ensuite des liaisons éphémères, sans plus jamais souffrir d'éjaculation précoce. Professionnellement, il réussit de mieux en mieux. Mais, à l'occasion d'une nouvelle trahison, cette fois par deux femmes, la douleur anale revient, avec toutefois des crises moins intenses. Nous poursuivons une relaxation de temps à autre.

Melanie Klein : fantasmes du bébé et amour-haine

Je dois à Melanie Klein la notion d'amour-haine, c'est-à-dire d'ambivalence, qui m'a aidée à comprendre ce patient. Un cas précédent, qui s'était présenté à moi lorsque j'étais gynécologue psychosomaticienne, m'avait mise sur la piste de cette psychanalyste hongroise. Au sortir d'une séance de relaxation, une patiente s'est souvenue d'un épisode de sa toute petite enfance avec une extrême précision dans les détails et les sensations : elle se revoyait dans une carriole, la tête sur le sein de sa mère, revenant du marché où celle-ci travaillait. Sa mère s'est mise à pleurer, et la petite savait que c'était parce que le père était au café avec ses copains. Elle a alors éprouvé de la haine pour son père et un amour intense pour sa mère. À cette évocation, ma patiente a pleuré. D'après les détails de son souvenir, il est apparu qu'elle avait deux ans.

Au sortir de séances profondes de relaxation, les patients peuvent se souvenir ainsi d'un vécu très ancien, qu'ils peuvent dater à l'aide des recoupements tirés de leur histoire (événement marquant, déménagement, arrivée d'un bébé dans la famille...) ; il n'est pas rare que les souvenirs remontent à la période d'avant trois ans.

Melanie Klein (1882-1960) est une pionnière qui a découvert l'existence des fantasmes inconscients des nouveau-nés et des nourrissons. Elle fut l'élève d'Abraham, un disciple de Freud. Selon elle, les pulsions prennent leur origine dans tout le corps, dans les systèmes hormonal, musculaire, neurovégétatif (sympathique et parasympathique), neuroendocrinien, etc. À la différence de Freud, pour qui le fantasme est un fantasme de désir sexuel, Melanie Klein voit les fantasmes comme l'expression mentale des pulsions. Pour elle, le fantasme est lié au contenu du corps, plus viscéral et, surtout, il apparaît dès les premiers

mois de la vie. Le nouveau-né a une perception très aiguë du monde extérieur, tout en étant incapable de réagir de façon efficace. C'est ainsi que tous les changements corporels (froid, bruit, lumière, faim...) et émotionnels retentissent massivement dans son corps et dans son cerveau où les fantasmes, inconscients, prennent une place considérable, devenant terrifiants quand le bébé se croit abandonné.

- *La position schizo-paranoïde*

Dès la naissance, le nourrisson est habité par des besoins de nourriture, de chaleur, de présence et de sécurité. Tous ces besoins sont généralement satisfaits par la mère ou par la personne qui s'occupe de lui. Quand le nourrisson est nourri et sent le bien-être du bon lait chaud qui descend de sa bouche vers l'estomac, il est apaisé, comblé et sourit aux anges. Mais une ou deux heures plus tard, il commence à s'inquiéter et se demande si ce bon lait chaud et la douceur du sein vont revenir. La conscience et la symbolisation n'existent pas encore pour lui et il ne peut pas savoir qu'il retrouvera ce dont il a besoin. Il est envahi par des terreurs, imaginaires, sur lesquelles il n'a aucun moyen d'action et il devient paranoïaque (il a peur de tout) et se sent complètement isolé dans sa solitude : c'est la position schizo-paranoïde (schizo = séparé, parano = sentiment de persécution) qui génère de l'agressivité. Ces fantasmes inconscients restent actifs chez tout individu adulte « normal ». Leur existence n'est pas plus le signe d'une maladie que la présence du complexe œdipien.

Le nourrisson fantasme le « bon sein », qui est là quand il en a besoin, et le « mauvais sein », qui n'est pas là quand il en a besoin. Il incorpore au-dedans de lui l'image du « bon » et du « mauvais » sein : cette incorporation est ce que Melanie Klein a appelé le mécanisme de l'introjection. Quand il fantasme le mauvais sein, il imagine qu'il le détruit et, du coup, il a peur de son agressivité, comme si le sein déchiré l'attaquait au-dedans de lui-même. C'est l'introjection d'une pulsion agressive qui se retourne contre le sujet : mécanisme très fréquent et très humain.

Ces fantasmes du bon sein et du mauvais sein sont les prémices de l'amour-haine que l'on rencontre non seulement chez tout individu, mais aussi au sein des couples. Cet apport de Melanie Klein, la juxtaposition de deux sentiments contradictoires chez une même personne, a été extrêmement important pour moi : pouvoir expliquer aux patients qu'il n'est pas anormal de ressentir en même temps de l'amour et de la haine pour la même personne représente un réel soulagement pour eux.

Dans la période archaïque de zéro à un an, avant la période œdipienne, Klein a ainsi identifié, chez le nourrisson, différentes phases : la position schizo-paranoïde dont nous venons de parler, la position dépressive et la position maniaque, à chaque fois accompagnées de fantasmes.

- *La position dépressive*

Elle survient au moment où le nourrisson commence à reconnaître la mère comme un objet total. Elle est tantôt bonne tantôt méchante, tantôt présente tantôt absente, mais en tout cas individualisée. À la suite d'un fantasme de haine, le nourrisson a peur d'avoir fait du mal à sa mère en la haïssant, et cela le déprime. Comme le déprime le sentiment de ne plus retrouver ou d'avoir perdu le bon objet à force de le déchi- queter. C'est une des racines de la culpabilité.

Ce sentiment de dépression mobilise chez le nourrisson le désir de réparer son objet ou ses objets détruits. Ce désir de réparation est très important : en consultation, quand les gens me racontent leur dépres- sion et me disent combien ils ont été méchants avec leur conjoint ou leurs enfants, je leur dis, moi, image de mère, de bonne mère ou grand- mère : « Je sais bien que vous les aimez, que vous voulez réparer. » C'est une phrase réconfortante, c'est un bon antidépresseur.

On peut supposer qu'un nourrisson qui ne cherche pas à réparer est prédisposé à la maladie psychosomatique, mentale et physique, car il reste bloqué sur des sensations qui l'empêchent d'évoluer et deviennent des fixations.

- *La position maniaque*

La position dépressive est liée à la sensation de dépendance de l'objet, c'est-à-dire de la mère et du bon sein. Tandis que la position maniaque, ou défense maniaque, vise à nier ou à éviter tout sentiment de dépendance, ou du moins à l'atténuer. Elle s'exprime par le contrôle, le triomphe et le mépris, par exemple par une attitude d'agressivité triomphante. Ce peut être le cas des bébés capricieux et exigeants. Wantant triompher sur la mère, ils sont agités jusqu'à l'épuiser, en s'épuisant eux-mêmes. Ils veulent être les plus forts.

Le nourrisson, comme l'adulte futur, aspire à plus d'indépendance, d'autonomie et de bien-être, ce qui lui donnera aussi envie de reconstituer la bonne mère et le bon sein. La dépendance rend agressif, qu'on soit nourrisson, adolescent ou adulte. Des adolescents trop dépendants ou des femmes trop dépendantes deviennent agressifs envers ceux dont

ils sont dépendants. Le harcèlement moral en est un exemple. La dépendance entraîne la défense maniaque et l'agressivité, à la suite desquelles va intervenir une autre phase d'un sentiment puissant de réparation.

À la fin de la position dépressive, le début du complexe œdipien est déjà à l'œuvre. Au moment où il perçoit sa mère comme entière et totale, le nourrisson reconnaît sa mère et son père comme individus séparés et ayant des relations entre eux. Pressentant le lien entre ses parents, il projette sur eux ses propres désirs libidinaux. Il voudrait être à leur place, il les envie et réagit par un accroissement de ses fantasmes agressifs. La lutte continue vers la réparation et l'autonomie.

Le nourrisson perçoit avec une intensité redoutable les failles et les joies du couple parental. En particulier, il sent d'une manière aiguë, quoique sans paroles, les projections des parents sur lui, de même qu'il perçoit ce qu'il représente, lui, le nourrisson, comme possibilité de guérison du couple parental.

L'emprise de la mère

Elle a trente-cinq ans et a fait dix ans d'analyse. Envoyée par une de ses amies, Mathilde vient consulter parce qu'elle n'arrive pas à rencontrer un homme. Elle a quitté la maison à dix-neuf ans, a suivi un Américain aux États-Unis, où elle a ensuite eu de nombreuses aventures, et est revenue à vingt et un ans. Depuis six ans, elle a une liaison avec un homme marié de vingt ans son aîné, et elle vient de rencontrer un Marocain qui ne peut pas rester en France. Je remarque que les hommes qu'elle trouve ne sont guère disponibles... Son travail de cadre ne lui plaît pas, et elle n'a pas de projet de vie. Je me demande si elle est seule à cause de blocages ou de conflits, ou parce qu'elle n'a pas envie de perdre sa liberté.

À la première visite, elle a la gorge serrée. Elle est très malheureuse. Je sens qu'elle vient aux séances pour parler. Elle a une aspiration à comprendre et à aller vers les autres et manifeste beaucoup d'intérêt pour le travail sur elle-même.

Troisième de cinq enfants, elle ne fait aucun mystère pour me dire qu'elle hait sa mère – contrairement à la majorité des autres patientes dans le même cas. Il n'y a pas de modèle de couple parental. Sa mère est dans le paraître, alors que son père, mort quatre ans plus tôt d'une cirrhose du foie, était authentique. Elle n'a jamais liquidé son Œdipe. Elle revient toujours sur le fait que son père abdiquait devant sa mère et répète : « Je voudrais ne plus revoir ma mère », alors que celle-ci insiste pour qu'elle lui rende visite.

Elle se croit obligée de coucher avec des hommes à peine rencontrés, en même temps qu'elle a peur d'être prise pour un objet et de se faire avoir.

Après un an et demi de thérapie, elle rompt avec son ami marié. Mais, un mois plus tard, autre grand événement : sa mère tant détestée vient s'installer à Paris chez la sœur aînée (de dix ans plus âgée et elle aussi en analyse). Ma patiente commence à peine à se défendre contre cette sœur aînée qui ressemble à la mère.

Quand elle était petite, sa mère lui a dit : « Qu'est-ce que tu es moche, tu as un gros ventre. » Et une autre fois : « Qu'est-ce que tu es moche, tu as un gros nez juif » (cette famille n'est pas juive du tout). Des mots qui marquent le corps. Et, pour corser la situation, on lui a souvent dit qu'elle ressemblait à sa mère.

Elle me dit un jour une chose dont elle n'a jamais parlé à personne. Quand elle était enfant, sa mère lui faisait des robes et lui essayait. À chaque essayage, elle passait sa main sur la région vulvaire et appuyait sur le clitoris. La petite fille se sentait utilisée et salie. Cet abus de type incestueux explique sa peur de se faire avoir.

Un jour, elle rencontre un garçon sympathique qui, cette fois lui plaît, mais elle ne le rappelle pas. Et, bien qu'elle exerce un métier de contact, elle n'a pas assez d'énergie pour se créer un réseau d'amis.

Il y a urgence à ce qu'elle sorte de cette situation. Comme elle est assez orientée vers la spiritualité, je l'envoie chez Karlfried Durkheim, un médecin qui a ouvert des centres de travail sur soi et de développement personnel. Il y a développé une approche spirituelle permettant, comme la relaxation, de passer sur un autre plan de conscience. Il disait notamment : « On n'a pas un corps, on est un corps », et aussi : « Comment devenir ce que nous avons éprouvé ? »

Après trois ans peu convaincants, le traitement avec Mathilde s'arrête. Plusieurs années après, bonne nouvelle : elle m'écrit pour me dire qu'elle a continué à suivre des stages psychocorporels et spirituels, puis qu'elle-même a créé une association de thérapie.

Ce cas montre l'emprise de la mère par les gestes, mais aussi par les mots. Il y a eu malé-diction. Même si le défaut physique de la personne est mineur (ici, le « gros ventre » et le « gros nez »), les mots méchants sur ce défaut, prononcés par des gens qui comptent pour elle, vont s'imprimer dans le corps et devenir partie intégrante de son identité sexuelle. Toute parole négative adressée à une personne sur son physique ou son caractère va être comme une pierre fichée dans le corps, avec une répercussion sur l'imaginaire, un obstacle gênant le processus d'individuation vers lequel tend tout être vivant. Les mots donnent des maux.

Winnicott : « Tout bébé a envie de vivre et de bien vivre »

Donald W. Winnicott (1896-1971) m'a apporté d'autres outils de travail et de compréhension pour retrouver la genèse des difficultés sexuelles de mes patients et m'a inspirée tout au long de ces vingt dernières années. L'intérêt de l'œuvre de ce médecin britannique m'est d'abord apparu devant un certain type de patients, surtout des hommes, et m'a permis de les comprendre et de les soigner. Venus pour difficultés sexuelles, ils présentaient une démarche et une allure atypiques, saccadées, une non-coordination des mouvements, comme s'ils étaient mal dans leur peau et dans leur corps. Très loin, en tout cas, du « geste juste » si important dans la vie, et spécialement dans les rapports amoureux... L'histoire clinique de ces patients montrait presque toujours une enfance désordonnée, avec des parents instables, bizarres et souvent eux-mêmes désordonnés, ou bien simplement rigides et autoritaires. Souvent, l'un des deux parents était autoritaire et l'autre falot et effacé.

Je me demandais si des événements très anciens, que rapportaient les patients, avaient pu marquer leur corps, leurs gestes et leur sexualité. Car leur sexualité même était désarticulée dans le sens où ils avaient des rapports avec leur femme sans continuité, sans apaisement ; l'éjaculation était précoce parce que toute leur personne était marquée d'une asynchronie, d'un fonctionnement à contretemps. Après un traitement souvent étalé sur deux ou trois ans et des séances de relaxation de plus en plus profonde, avec apaisement général du tonus et de la posture, le trouble sexuel s'améliorait.

Élève génial de Melanie Klein, Winnicott n'a jamais exercé la psychanalyse en tant que telle, mais a appliqué sa formation et ses concepts psychanalytiques à son activité de pédiatre des nourrissons. Il observait dans son bureau les mamans et leurs nourrissons et a décrit leur interrelation étroite. Il a particulièrement étudié la façon dont les mères portent leur bébé, ce qu'il a appelé le *holding*, ainsi que la façon dont elles les nourrissent, au sein ou au biberon, dont elles les lavent et leur prodiguent tous les soins nécessaires, ce qu'il a appelé le *handling*. (Winnicott a ajouté à ces deux notions celle de *presenting object*, qui consiste à présenter des objets à l'enfant.)

Winnicott a compris que l'*infans*, c'est-à-dire le nourrisson, après avoir pris pension dans le corps de sa mère, prend pension dans ses bras. C'est la mère et l'environnement qui vont accueillir et soutenir les tendances spontanées de l'enfant à se développer.

Le nourrisson va devenir quelqu'un, une personne, à partir de sa structure personnelle et de son environnement. C'est ce que Winnicott

appelle la « personnalisation ». C'est déjà une association psychosomatique, où toutes les parties du corps vont commencer à s'intégrer. L'association psychosomatique assemble et intègre les sensations visuelles, tactiles, etc., venues des différentes parties de son corps. Sans en laisser aucune de côté. Si des zones ne sont pas intégrées dans ce développement, elles risquent de devenir des zones aveugles dans le cerveau (voir chapitre 9 « La relaxation »).

Une association psychosomatique réussie est l'établissement d'une relation étroite et aisée entre la psyché et le corps : le nourrisson se sent entier, avec le « droit » de développer toutes ses potentialités. Ce « droit » relève à la fois de la tolérance de la mère qui accepte son bébé, et de l'affirmation par ce dernier de sa nature, de son caractère, de sa force de vie. De ce qu'il est. Winnicott répète souvent : « Tout bébé a envie de vivre et de bien vivre. » Cette relation bien établie entre la psyché et le corps va perdurer toute la vie et sera la condition d'une vie adulte où le sexe est accepté, intégré en tant que tel. Chez les adultes, la difficulté sexuelle, le manque de désir et la difficulté d'accès au plaisir supposent que le premier vécu du nourrisson a été insuffisamment senti et accepté par lui.

Pour rassurer les mères

Le Self (le Moi) s'édifie à partir de l'acceptation par le nourrisson de ses propres mouvements, de ses cris, de ses sensations de froid ou de chaud, de plaisir ou de déplaisir. Cette acceptation par lui de ce qu'il est est grandement facilitée si la mère l'accepte aussi, s'il sent qu'il a le droit de manifester son déplaisir par des cris, des mouvements impulsifs et de l'angoisse. Si la mère, animée par une inquiétude légitime mais peut-être excessive, le réprime, le bouscule ou même le frappe, il va être culpabilisé ; il aura tendance à se modeler sur le désir de la mère en se fabriquant une personnalité qui n'est pas la sienne : c'est le faux Self (faux Moi).

Généralement, les mères ont suffisamment de bon sens et d'adaptation à l'enfant pour être « suffisamment bonnes », comme dit Winnicott. Elles n'ont pas besoin d'être des mères exceptionnelles. Qu'elles embrassent leur enfant ou lui fassent des câlins quand elles en ont envie, et qu'elles ne l'embrassent pas quand elles n'en ont pas envie ! Mais, surtout, qu'elles tentent de sentir si le bébé aussi en a envie, s'il est disponible pour un moment d'échange avec elles, sans l'étouffer sous leurs caresses, ni intervenir brutalement en interrompant les jeux, la rêverie ou les moments de calme de l'enfant s'il ne le demande pas. L'enfant aura d'autant moins de demandes incessantes et angoissées vis-à-vis de ses parents qu'il n'aura pas été lui-même envahi par des sollicitations

répétées, même affectueuses. Le meilleur toucher du corps des enfants est celui qui se fait spontanément, sans y penser.

Blocage de l'amour, blocage du développement

Parmi les très nombreux autres auteurs qui se sont penchés sur le début de la vie, je souhaite citer Henri Wallon (1879-1962) et R. A. Spitz.

Pour Wallon, les développements de l'harmonie du corps et de la coordination des gestes se font dans la très petite enfance. Il a montré que, s'il y a blocage de l'amour, il y a blocage dans les gestes, et que ce blocage de l'amour puis des gestes entraîne un ralentissement du développement intellectuel et physique (et notamment un retard scolaire). Il existe une corrélation étroite et fondamentale entre le corps, la naissance des gestes, la coordination motrice et nerveuse, la sexualité et le développement du niveau intellectuel.

Spitz, qui a développé avec ses collaborateurs des méthodes d'observation des nouveau-nés dès la naissance, a montré avec la notion d'hospitalisme comment le manque d'amour chez les bébés peut mener à la débilité et même à la mort. Il s'agit d'une dépression grave du nourrisson due à l'absence d'amour, de soins, de gestes, de dialogue. Le retard intellectuel et physique se transforme en handicaps lourds et en débilité. Certains en meurent.

L'adolescence

Après la période oedipienne, l'enfant entre dans une période dite de latence jusqu'à la puberté. Et, avant de devenir un adulte, il va passer par la période de l'adolescence, qui elle-même est un long parcours. Elle débute à la puberté et peut aller jusqu'à une adolescence tardive autour de vingt, voire vingt-deux ans. C'est une phase mouvante, complexe, où on peut voir se succéder, parfois du jour au lendemain, des attitudes contradictoires qu'il ne faut prendre ni à la légère ni trop au sérieux.

Le début de l'adolescence a comme toile de fond la reprise et la liquidation du complexe d'Œdipe, c'est-à-dire le renoncement à l'objet d'amour oedipien. Le complexe d'Œdipe se rejoue et la libido de l'adolescent commence à se détacher des parents pour se reporter sur les copains et les copines. C'est le schéma théorique et idéal. Dans la réalité,

si la période archaïque a été marquée de manques et de souffrances, ceux-ci vont perdurer. Il faut imaginer la sexualité de l'adolescent comme à la fois marquée par la toute petite enfance, mais en même temps très mouvante selon les rencontres, heureuses ou malheureuses, qu'il fait à cet âge.

Il y a, dès le début de la puberté, une poussée évolutive permanente de toutes les glandes endocrines, accompagnée de pulsions fortes de la libido, situées entre le principe de plaisir et le Moi. C'est-à-dire que le corps pousse l'adolescent à avoir du plaisir, mais il est pris dans un monde concret de réalités et de contraintes auxquelles il doit se soumettre. Si cette libido est trop réprimée, elle sera écrasée – peut-être pour toujours. Si en revanche sa libido se déchaîne, il peut se produire des passages à l'acte inadaptés à l'âge et au milieu, entraînant des étiquetages trop précoces (agressif, violent, instable, voire schizophrène) qui vont enfermer l'adolescent dans une identité dont il aura du mal à se libérer.

L'intensité des sécrétions hormonales, qui modifient profondément et rapidement le corps, joue un rôle prépondérant dans les pulsions sexuelles. Les changements du corps vont modifier l'image du corps et les fantasmes conscients et inconscients de l'adolescent – soit qu'il renie son corps et le dévalorise, soit au contraire qu'il le survalorise. Au niveau des forces psychiques internes, il se joue un combat à la fois actuel mais qui se déroule avec, en toile de fond, tout l'arrière-plan instinctuel qui s'est mis en place au moment des premières relations prégénitales et archaïques.

Cette époque est marquée par des difficultés dans l'acceptation du corps sexué qui peuvent aller, à l'extrême, vers la haine de ce corps sexué. Haine souvent inconsciente. À un degré de plus, cette haine se transforme en une véritable dépression avec renoncement total à la sexualité.

Saines révoltes

C'est à l'adolescence que se verra le plus clairement l'existence d'un vrai Self ou d'un faux Self. Les adolescents avec un vrai Self vont passer par tous les stades de l'adolescence, y compris ceux de l'agressivité envers les parents et du désir de se singulariser. Mais, finalement, les révoltes s'apaisent, un équilibre apparaît et l'évolution vers le stade adulte se fait.

Au contraire, ceux qui ont un faux Self seront très souvent polis à l'extrême, « intellectuels » avec une tendance à une extrême sublimation,

associée à une inaptitude à se concentrer, et la personnalité restera fragile et inauthentique jusque dans l'âge adulte.

J'ai entendu Pierre Mâle, psychiatre d'adolescents à Sainte-Anne et psychanalyste, dire à des parents et à nous, jeunes médecins, que plus la phase d'adolescence est marquée par une révolte contre les parents et le milieu, plus l'adulte qui en sortira sera construit et solide. À condition toutefois qu'il trouve en face de lui un ou des interlocuteurs valables, parents ou éducateurs, qui lui indiquent les limites à ne pas dépasser. Ce que Pierre Mâle voulait dire par là, c'est que rien n'est plus dangereux que l'adolescent silencieux, passif et apparemment toujours d'accord avec ses parents, ainsi que des parents qui laissent tout faire sans poser de limites.

À l'issue du processus de l'adolescence seront intégrés les nouveaux acquis et les bases anciennes. C'est ainsi qu'il y a continuité de l'expérience du Moi et l'émergence d'un sentiment du Soi stable : le sentiment d'identité.

Du flirt à la « première fois »

Une bonne préparation à l'éveil de la libido et à l'intimité entre les sexes, c'est, bien sûr, le flirt. Des premiers émois amoureux accompagnés de baisers aux premières caresses, les relations intimes avec des petits copains et des petites copines, vécues de façon progressive, sont normales, nécessaires et riches d'enseignement. Elles permettent, par l'exploration du corps de l'autre et de son propre corps, la découverte progressive de son corps sexué, de son propre désir sexuel. Point n'est besoin pour cela qu'il y ait pénétration ! Trop de jeunes, filles et garçons, se sentent obligés d'avoir un rapport sexuel complet tout de suite, par conformisme.

Les filles en particulier sont soumises à une pression forte et contradictoire : si elles « couchent », elles courent le risque à court terme d'être cataloguées comme des « filles faciles » et traitées de « salopes », et, si elles refusent, de passer pour des coincées. Si elles vivent une première expérience peu agréable, elles courent le risque d'un conditionnement négatif, physique et psychique, qui va entraîner une image dépréciée de leur potentiel érotique et sexuel. Si elles ne font pas par la suite de bonnes rencontres qui les revalorisent, elles aborderont la sexualité avec appréhension et crainte et leur épanouissement sexuel pourra être problématique (voir le cas de l'avocate de vingt-cinq ans p. 75). Les

dégâts seront bien évidemment pires si cette première expérience est traumatisante – et l'on sait, hélas, que la vie sexuelle d'un certain nombre de jeunes filles commence par un viol !

Chez les garçons, une première fois qui se déroule dans des conditions traumatisantes peut mettre en place les prémices de l'éjaculation précoce, et ce d'autant plus que la personnalité est plus fragile. Par exemple, le fait d'être surpris, ou la peur d'être surpris, peut installer le sentiment d'urgence. Il faudra ensuite un traitement de rééducation comme le pratiquent Masters et Johnson, et surtout Helen Kaplan, et comme je le fais moi-même, qui mêle relaxation et comportementalisme pour atténuer le symptôme ou le faire disparaître.

Les jeunes ont beau être jeunes, ils sentent très bien au fond d'eux-mêmes si c'est le moment d'« y aller », ou bien s'ils sont en train de se « raconter des histoires » pour correspondre à une image, à une norme, à une obligation. Ils doivent être à l'écoute d'eux-mêmes, respecter leur propre mouvement vers l'autre, sentir un véritable appel vers le corps et le cœur de l'autre. La meilleure « première fois », c'est celle qui arrive sans avoir été planifiée ! C'est à eux de se donner le droit de vivre pleinement leur autonomie et de sentir leur corps et ses besoins. C'est un respect d'eux-mêmes et de l'autre et un respect de l'amour. Tous, garçons et filles, sont à la recherche d'une vraie rencontre et même, dans les cas heureux, d'un premier amour qui changera complètement la personnalité du moment et l'avenir sexuel.

Cela dit, les conditions de l'environnement au moment de cette première fois ainsi que le caractère des parents et l'atmosphère familiale jouent un grand rôle. Ces facteurs peuvent aggraver ou au contraire minimiser une expérience vécue comme un échec – car il ne s'agit pas non plus de sacraliser cette première rencontre ! N'oublions pas que tout, ou presque, est toujours rattrapable.

Rien n'est jamais joué à 100 %

Retenons ceci de ce qui précède : toute la sexualité de l'adulte prend sa source au niveau de la sexualité infantile, mais sans être figée une fois pour toutes. De façon schématique (car le processus est extrêmement complexe), on peut dire que ce sont les pulsions refoulées, sexuelles et agressives, qui vont créer les symptômes sexuels de l'âge adulte.

Dans le travail considérable qu'une personne doit faire pour se construire, il y a des réussites plus ou moins heureuses. Et on a toujours

à « faire le ménage » dans un coin de sa personnalité. La force de vie et la recherche du bonheur sont si fortes chez les êtres humains que, même dans les cas où la croissance vitale et sexuelle du bébé s'est effectuée difficilement, à tout moment, toute la vie, à condition d'avoir un Self suffisamment vrai, il sera possible de rejouer cette période et d'affirmer sa libido, c'est-à-dire de pouvoir aller à la rencontre d'un autre. Ce qui a mal commencé peut être « réparé ». Bien entendu, il faut quelques circonstances favorables : la première est une prise de conscience, personnelle ou à l'aide d'un thérapeute, et un travail personnel. Ensuite, un peu de chance pour rencontrer l'autre avec lequel il y aura une résonance des corps, l'autre qui acceptera son corps.

Le caractère et les névroses de caractère

Si le développement psychoaffectif se fait selon les grandes lignes exposées ci-dessus, les stades de ce développement se déroulent différemment selon les personnes, en fonction de la variation des caractères des uns et des autres. On naît avec son caractère : nous avons tous et toutes constaté que les nouveau-nés sont déjà très différents les uns des autres à la naissance.

Le thérapeute, de son côté, a absolument besoin de connaître la caractérologie, car les conflits, conscients ou inconscients, sont vécus différemment selon la personnalité et le caractère et impriment aux difficultés sexuelles des profils différents. Cette connaissance lui permettra de savoir comment aborder l'entretien avec son patient et orienter le fil du traitement. C'est un autre niveau de diagnostic qui vient compléter les connaissances sur le développement.

Je me suis toujours demandé pourquoi les gens étaient si différents les uns des autres. Et pas seulement depuis que je suis médecin, mais déjà dans mon adolescence : d'où venait la différence de caractère entre mes deux frères et moi, et entre eux ? J'ai beaucoup appris des conférences d'Henri Wallon et d'Eugène Minkowski, que j'allais écouter à la Sorbonne avant même d'avoir commencé à faire médecine. Puis, en quatrième année de médecine, j'ai eu la chance de suivre un enseignement de biotypologie et de morphologie humaine (à Montpellier, qui était la seule faculté à dispenser cet enseignement). Ensuite, jeune médecin, j'ai été passionnée par les descriptions des caractères données par les psychiatres. L'apport de la psychanalyse, pour définir par exemple l'hystérie, l'obsession ou la phobie, m'a impressionnée sans me convaincre

totallement. J'ai continué ma quête, notamment auprès de mes collègues et maîtres en matière de psychologie du développement. Tout récemment, mon intérêt et ma curiosité pour la génétique ont mis sur mon chemin un livre de M. J. Braun, professeur de psychologie à l'université du Québec à Montréal, consacré aux toutes dernières recherches en neuropsychologie du développement (voir Bibliographie). C'est un domaine en pleine expansion, qui explore en particulier les interactions entre génétique et environnement.

Le caractère et la personnalité sont deux choses différentes. La personnalité implique le monde intérieur du sujet, ses sentiments et ses émotions (qui peuvent ne pas s'exprimer dans les contacts sociaux) et reste la même toute la vie. Le caractère désigne la manière d'être d'un individu dans ses relations à autrui et au monde extérieur, et peut changer avec l'âge et les circonstances.

Le caractère s'exprime essentiellement dans les relations de la vie quotidienne. Nous comprenons tous ce que veut dire avoir « bon caractère » ou « mauvais caractère » et qui désigne la faculté plus ou moins grande de s'adapter aux difficultés et contraintes de l'environnement. Toutefois, d'un point de vue psychologique, celui qui a mauvais caractère n'est pas nécessairement plus névrosé que celui qui a bon caractère, car la passivité et le manque d'autonomie sont des symptômes caractéristiques au même titre qu'une agressivité excessive.

Structures de personnalités, d'Hippocrate à Freud

Déjà les médecins d'autrefois, et particulièrement Hippocrate, avaient vu l'intérêt de classer les caractères en quatre grands types : bilieux, lymphatique, sanguin et nerveux. Et on trouve dans toute la littérature des descriptions pittoresques, par exemple dans *Les Caractères* de La Bruyère et avec les personnages de Molière.

La psychanalyse, qui s'est plutôt attachée à décrire les êtres humains en fonction de leurs conflits inconscients non résolus, a retenu une classification fondée sur la façon dont les individus vivent avec ces conflits :

– l'obsessionnel pense sans arrêt à ce conflit dont il n'a pas conscience et tente constamment de le résoudre en fixant toutes ses forces et son attention sur ce qui le tracasse. Il y a là, derrière toute obsession, un conflit non démasqué et non résolu ;

– le phobique est envahi par l'angoisse dans certaines situations telles que prendre l'ascenseur ou le train ou être enfermé (claustrophobie), ou est terrorisé par l'espace d'une grande place (agoraphobie) ;

– l'hystérique veut contourner son conflit inconscient par la séduction en jetant de la poudre aux yeux et souvent en créant un symptôme tel qu'une paralysie des bras ou des jambes ou une aphonie, pour détourner l'attention du conflit, tout en attirant l'attention sur lui et en provoquant l'apitoiement de l'entourage ;

– le paranoïaque va rejeter toute responsabilité personnelle et accuser le monde entier de tout ce qui lui arrive. C'est un redresseur de torts d'une susceptibilité ombrageuse, qui voit partout des intentions cachées et des insinuations malveillantes ;

– le pervers, lui, est un manipulateur qui veut utiliser autrui à des fins personnelles. Il monte des scénarios pour induire chez les autres des attitudes qu'il a préparées pour eux et qui vont les faire souffrir. Lui se réjouira de les voir tomber dans le panneau. Tous les degrés de perversion existent, sur une échelle très large, schématiquement de 0 à 1 000 ou à 10 000 – Freud disait que la disposition à la perversion n'est pas quelque chose de rare, mais une partie de la constitution dite normale. Je parlerais plutôt pour ma part de structure perverse, car on n'est pas pervers vingt-quatre heures sur vingt-quatre.

Il faut distinguer la perversité, la perversion et la perversion sexuelle, qui est un domaine bien particulier. On constate chez tous les types de pervers une persistance des éléments sexuels infantiles pré-œdipiens : ils sont immatures et, pour eux, l'autre n'existe pas ; ils croient que leur victime est un objet qui leur appartient et ne mesurent pas la gravité de leurs actes. Mais, chez les pervers sexuels, j'ai toujours constaté en plus un attachement intense à la mère, accompagné d'une ambivalence à son égard et d'une survalorisation du pénis (dont la mère est forcément dépourvue). La psychanalyste Joyce McDougall a très bien parlé de la perversion en général, et de la perversion sexuelle en particulier (voir Bibliographie) ;

– le caractère schizoïde a tendance au repliement sur soi, avec un désintérêt, au moins apparent, du monde extérieur. On ne peut faire de diagnostic définitif de schizophrénie qu'après une investigation de la biographie et du monde intérieur du sujet ;

– l'agressivité est une tendance naturelle chez l'être humain. Elle a son utilité, parce que sa disparition totale est un symptôme inquiétant qui pourrait voisiner avec des pathologies diverses. Nous avons vu avec Melanie Klein qu'elle est à l'œuvre très tôt dans le développement du sujet, et la psychanalyse a souligné le jeu complexe de l'union et de la désunion de l'agressivité avec la sexualité. Là encore, il faut distinguer l'agressivité de la violence, et en particulier de la violence sexuelle.

Tous les types de caractères s'intriquent souvent et se retrouvent, à des degrés divers, chez tous les êtres humains (par exemple : hystéro-phobique, obsessionnel paranoïaque). De plus, sous une forme légère, ces caractères ont tous leur place dans la société : ainsi, les obsessionnels sont des perfectionnistes dont la méticulosité est tout à fait utile dans certains métiers, tandis que les hystériques font de bons animateurs de télévision et de bons acteurs¹

Structures psychiques des hommes et des femmes

On comprend bien le rôle que va jouer le caractère dans l'attitude vis-à-vis des autres comme vis-à-vis de la sexualité. Nous ne cesserons de le constater tout au long de cet ouvrage, et nous verrons en particulier que les structures psychiques des hommes et des femmes ne sont pas les mêmes. C'est là une des origines des différences importantes entre les sexes. Je tiens à souligner à quel point il est impossible d'appliquer les mêmes codes et les mêmes traitements aux hommes, aux femmes et *a fortiori* aux couples.

L'observation psychologique de femmes venant parler d'elles dans un cadre intime m'a montré qu'elles semblent plus à l'aise avec elles-mêmes, plus en harmonie avec leur être profond, et ont en tout cas une palette d'expressions et des ressources intérieures affectives et langagières plus étendues que les hommes. Par exemple, elles sont beaucoup plus prêtes à se remettre en question, plus désireuses de créer des liens et de les restaurer s'ils sont déficients, et s'adaptent mieux aux réalités et aux changements, internes et externes. Cela m'amène à penser qu'elles ont probablement des issues, des dérives, des débouchés à l'expression de leur structure psychique. Est-ce parce que leur biologie est rythmée par des changements cycliques, quotidiens et mensuels ? En tout cas, elles ont l'habitude de changer et de s'adapter. Les multiples rôles des femmes viennent renforcer leur adaptabilité et leur aptitude au changement : en vingt-quatre heures, toute femme est tour à tour gestionnaire, cuisinière, infirmière, femme de ménage, psychologue, amante, mère, fille... sans parler bien sûr de ses responsabilités professionnelles « officielles ».

On peut se demander si les différences psychiques entre les hommes et les femmes sont uniquement dues à la structure psychique donnée à la naissance, ou si elles sont un mélange de biologie et d'adaptation aux rôles culturels.

En tout cas, je sens les hommes, qui sont moins sollicités par des changements de rythmes intérieurs, moins capables de s'adapter à leur

monde intérieur. Leur structure psychique n'a en général pas cette même souplesse, donc il leur est plus difficile de trouver des exutoires ou débouchés dans des domaines aussi variés que les longues conversations intimes avec des copains, les activités ludiques avec les enfants, la maison, le plaisir d'aménager leur intérieur, etc. Cela dit, la pratique du bricolage et du jardinage ne cesse de se développer, ainsi que les soins aux enfants, jadis territoire réservé aux femmes.

Je formule ici une hypothèse : est-ce que la structure psychique interne des hommes vient renforcer ce que je constate dans la vie ? À savoir que, ne pouvant pas trouver dans leur vie des débouchés convenant à leur structure psychique, leur énergie se tourne vers la recherche d'une réalisation qui passe par le pouvoir, la puissance, financière ou politique, artistique ou scientifique (ce qui a certes permis à l'humanité mâle de faire beaucoup de réalisations importantes). Question ultime : est-ce la difficulté, voire l'impossibilité, des hommes à ressentir leur être profond et à l'exprimer qui débouche sur le goût du pouvoir, la violence, la puissance guerrière ?

Ces dernières considérations demanderaient des recherches multidisciplinaires approfondies, et peuvent être soumises à révision dans les prochaines années. Mais le sujet et l'enjeu sont tels que je sentais important de livrer ces premières impressions, et je souhaite que le relais soit pris par des psychosomaticiens et des psychologues de la génération d'aujourd'hui.

4

L'IDENTITÉ SEXUELLE

Une prison d'images fausses

VIVIANE, LA TRENTAINE, EST ENVOYÉE PAR SA GYNÉCOLOGUE POUR TIMIDITÉ malade, aphonie et dépression. Elle est grande et belle. Elle vient me voir toutes les semaines. Pendant plusieurs séances, je n'entends pas le son de sa voix. Elle ne dit qu'un mot toutes les dix minutes, et ce mot-là, je l'entends à peine. De plus, elle a les yeux constamment baissés vers le sol, et moi qui me sers du regard pour comprendre et rentrer en contact avec mes patients, j'ai beau la regarder et sourire aimablement – mais pas trop pour ne pas l'effrayer –, je n'arrive pas à établir le moindre contact. Comprenant que c'est là son symptôme et qu'elle n'y peut rien, j'accepte totalement cette situation. Un jour, je lui propose une séance de relaxation au sortir de laquelle elle se révèle aussi raide qu'au début et toujours silencieuse. Mais, au bout d'une dizaine de séances, elle s'assouplit, elle sourit très vaguement et prononce quelques mots pour répondre à mes questions sur son enfance, son père, sa mère, ses frères.

Je comprends à grand-peine qu'elle a une mère effacée et un père tout-puissant, à la maison comme à l'extérieur, où il occupe une fonction prestigieuse. Elle a peur de lui et a senti très vite qu'il avait plus de considération pour ses frères que pour elle. Elle s'est sentie laide dès le début de sa prise de conscience dans son enfance. Après avoir été dans une école religieuse et dans une classe de filles, elle est allée au lycée dans une classe mixte. À son arrivée, elle a été terrorisée quand un garçon, puis un deuxième, lui a dit : « Bonjour monsieur. »

Quand elle me rapporte cet événement, je lui ai dit, sentant qu'il s'agissait là d'un point névralgique : « Quelle bêtise ! Vous avez un beau visage de femme, bien structuré comme on voit chez les très belles femmes mongoles. » Ce jour-là, sa vie a changé. Plus précisément, l'image qu'elle avait d'elle-même a changé. Les mots marquent le corps et l'image que l'on se fait de ce corps.

C'est là que l'intuition qui m'habitait depuis que j'avais vu cette femme pour la première fois a pris corps, à savoir un léger malaise qui m'envahissait en regardant son visage. Était-elle belle ou laide ? Comment avait-elle abordé son identité sexuelle ? me demandais-je au fond de moi. Parce que tantôt j'avais l'impression de regarder un homme, et tantôt une femme fragile. J'ai dit qu'elle était grande et belle : grande comme un homme, avec une ossature bien charpentée, mais avec des gestes plutôt gracieux. Toutefois, je sentais dans ses mouvements une gêne, une limitation, un manque d'amplitude, comme si elle n'osait pas se servir de ce corps plutôt masculin et restreignait son côté masculin par la partie féminine d'elle-même. Et je pensais que la gêne qui m'habitait l'habitait elle aussi.

Je n'ai jamais pu savoir ce qu'elle avait comme fantasmes sexuels : hétérosexuels, bisexuels, homosexuels, tous à la fois ou successivement ? À ces questions, elle répondait évasivement, disant qu'elle ne savait pas.

Peut-être y avait-il dans ses gènes une sécrétion surrénalienne et hormonale anormalement développée. Je me suis souvent demandé s'il n'y avait pas chez les femmes que l'on qualifie de « viriles » une sécrétion un peu forte de ces hormones surrénaliennes que l'on trouve dans les deux sexes, et qui sont des précurseurs des hormones mâles. Les dernières recherches en neuropsychologie du nouveau-né montrent qu'il y a dès la naissance, et peut-être *in utero*, des états qui, sans être intersexués, sont marqués par une production d'hormone surrénalienne plus forte chez certaines femmes.

Ayant vu, à l'usine et à mon cabinet, défiler plusieurs générations, j'ai constaté l'immense variété des morphologies et, notamment, le fait que certains hommes présentent des caractéristiques plutôt féminines, comme un bassin un peu large et des muscles peu développés, et certaines femmes une carrure forte et un système pileux assez fourni. Est-ce que, si l'on avait fait des dosages hormonaux, l'on aurait trouvé une correspondance entre ces morphologies tirant légèrement vers l'autre sexe et le taux des hormones sexuelles ?

Dans le cas de Viviane, en l'absence de traitement possible, j'ai utilisé l'hypothèse de Winnicott sur les mauvais *holdings*, puisqu'elle avait une mère très effacée et un père dominant, rigide et non caressant. Elle est

arrivée complètement malade, au point qu'on aurait pu penser qu'elle était schizophrène. Elle souffrait aussi, faut-il le préciser, d'une absence totale de désir sexuel. Mon objectif a été de la convaincre de sa féminité pour qu'elle développe tout ce qui était féminin en elle et qu'elle surmonte tout ce qui lui avait été, peut-être, donné au plan génétique. Ma propre conviction est venue appuyer et développer cette partie d'elle-même qui aspire à la réalisation de son bonheur. Ensemble, nous nous sommes attaquées à cette prison d'images erronées et de peurs dont elle est sortie petit à petit.

Quand elle m'a rapporté ce « bonjour monsieur » qui l'avait matraquée et avait réveillé ses doutes et ses angoisses sur elle-même, nous avions déjà une intimité suffisamment établie pour qu'elle ose me sortir cette angoisse ancrée au fond de son corps depuis si longtemps. Sans la relaxation, elle n'aurait certainement jamais osé parler de ce souvenir traumatisant très enfoui.

Ce jour-là, les mots du médecin sont venus défaire ce que les mots traumatisants avaient fait, comme si mes paroles, qui la rassuraient sur sa féminité, la délivraient du sort que lui avait jeté ce « bonjour monsieur » – en relaxation, on travaille beaucoup avec et sur le langage.

Elle aimait le sport et je l'ai vivement encouragée à aller dans des groupes de randonnée mixtes. Au premier voyage de groupe, un homme jeune, ingénieur, est tombé amoureux d'elle et elle de lui. Au bout de quelque temps, ils se sont mariés et ont eu des enfants. Les deux familles se convenaient totalement. On comprend sans peine l'immense joie qu'elle a eue d'avoir un enfant, puis un deuxième. Non pas que tout ait été facile : elle avait peur de l'accouchement. Je l'ai suivie en relaxation pendant toute sa première grossesse, et son accouchement s'est bien passé. Sa mère est venue l'aider pour les premières semaines après la naissance du bébé, et son mari s'est révélé un père efficace, langeant sa petite fille et jouant avec elle comme s'il l'avait fait toute sa vie.

Au cours de sa deuxième grossesse, vers cinq mois, elle est revenue me voir pour absence d'orgasme. C'était encore une tout autre étape. Elle a compris que ce n'était pas encore le moment. Beaucoup de femmes peuvent retrouver la joie de vivre, aimer leur compagnon et avoir des enfants, sans avoir d'orgasme. Y arrivera-t-elle un jour ? Reviendra-t-elle me voir pour une autre tranche de relaxation qui l'amènerait au plaisir sexuel aussi ? Je le souhaite.

Ce cas émouvant met en lumière la complexité des individus et le nombre de facteurs qui concourent à former ce que l'on appelle

l'« identité sexuelle » : capital génétique, interactions entre les gènes et l'environnement, type de relations avec les parents, éducation, valeurs sociales... Non seulement la liste n'est pas close, mais chacun de ces facteurs se transforme par l'interaction avec chaque autre et avec l'ensemble des autres.

Le domaine de l'identité sexuelle, on le comprend, est vaste et intéresse à la fois les embryologistes, les biochimistes, les endocrinologues, les neurophysiologistes et les « psy » en tout genre. Notre but ici n'est pas de faire le tour des découvertes de ces diverses sciences, mais d'explorer comment les bébés garçons et les bébés filles vont former leur identité de sexe et comment chez eux va apparaître le vécu de la masculinité et le vécu de la féminité.

Le sentiment de soi

Depuis des décennies, beaucoup d'auteurs se sont intéressés à l'identité sexuelle en insistant tantôt sur un point, tantôt sur un autre. Peu nombreux sont les psychologues et les endocrinologues qui ont associé leurs connaissances respectives pour étudier tous les aspects de l'identité sexuelle. Parmi les psychanalystes, l'Américain Robert Stoller a eu la curiosité et la ténacité d'approfondir cette question et a notamment exploré les états intersexués et le transsexualisme. Je lui emprunte sa définition de l'identité : « Le mot identité signifie la connaissance que l'on a (consciente ou non) de sa propre existence et de son projet dans le monde. »

Car, avant que se forme l'identité sexuelle, il faut bien qu'existe une identité tout court, c'est-à-dire le sentiment de soi et la perception que l'on est un être distinct des parents. Il y a, dès le début de la vie, une recherche du nouveau-né pour comprendre en quoi il est différent de la personne qui s'occupe de lui. L'image de soi se forme dès les premiers jours de la vie, en fonction de données différentes apportées par la génétique, par le psychisme de la mère pendant la grossesse, par la structure du caractère que l'on remarque dès la naissance et par la façon dont le bébé distingue ce qui est intérieur, à lui, et ce qui est extérieur, aux autres. Cette distinction varie d'un individu à l'autre, de même que le temps n'est pas le même pour tout le monde.

Très tôt, en général entre un an et deux ans, commence le difficile chemin de l'éloignement de la mère qui mènera à l'autonomie, chemin

si différent pour un garçon et pour une fille ! Alors que la petite fille naît d'un ventre d'une personne de même sexe, le garçon naît du ventre d'une personne de l'autre sexe. Il prend plus ou moins conscience qu'il doit renoncer au nirvana maternel pour trouver le chemin de la masculinité et conquérir son autonomie. Son identité sexuelle spécifique est à construire. Si la fille doit aussi se séparer de sa mère, son chemin est peut-être moins compliqué, car son identité sexuelle lui est déjà donnée et se renforce dans la proximité de l'imitation. C'est peut-être cette différence qui explique que les filles sont mûres plus tôt que les garçons, en général de deux ou trois ans.

La petite fille est dans un processus d'identification puis bientôt, aussi et en même temps, de rivalité avec sa mère au moment où commence l'Œdipe précoce, c'est-à-dire vers deux ans. Mais, si elle a un père qui lui fait peur, elle pourra être tentée de rester dans la proximité du féminin. Théoriquement, le petit garçon, lui, va s'identifier progressivement à un père qui a pu, et peut encore à certains moments, être vécu comme un rival. Cette autonomie par identification à l'« autre » rival est un processus fondamental de l'édification de l'identité.

L'identité évolue tout au cours de la vie suivant des étapes successives et des moments de crise : les premières années, l'adolescence, le milieu de la vie... Elle est la condition essentielle de l'équilibre de la personnalité et de la liberté des pulsions.

Nous sommes là dans la sexualité archaïque. La phase œdipienne, qui commence vraiment vers deux ans et demi, trois ans, a ses soubassements dans cette période de sexualité archaïque. Les grandes lignes s'y préparent.

À partir de l'association psychosomatique réussie dont parle Winnicott, comment les nourrissons puis les bébés, garçons et filles, vont-ils former leur identité sexuelle ?

En général, le sentiment de l'identité sexuelle, masculine ou féminine, s'acquiert au cours des premières années. L'identité sexuelle est déterminée, bien sûr, par l'anatomie, mais aussi par l'environnement, l'entourage familial et l'entourage social. Cette identité de sexe construite socialement est si importante que les Anglo-Saxons ont forgé, il y a quelques décennies, l'expression *gender* pour la désigner. On commence à l'utiliser en français sous plusieurs traductions, la plus courante étant le « rôle social de sexe » ou parfois, littéralement, le « genre ».

Il y a plusieurs niveaux d'identité sexuelle : une identité génétique, une identité morphologique, une identité sociale de genre, détaillées

ci-dessous. Dans la grande majorité des cas, elles concordent dans une même personne. Le genre social, plus large, est beaucoup plus susceptible de variations que le sexe génétique auquel il vient s'ajouter, formant l'identité sexuée pour constituer une large gamme d'identités sexuelles.

- *L'identité génétique*

Elle est formée par l'ensemble des chromosomes porteurs de gènes qui déterminent la morphologie et la fonction des organes sexuels. Chez les filles, la formule chromosomique est XX, et chez les garçons XY. Les innombrables interactions entre les gènes et l'environnement aboutissent à des profils hormonaux et à des morphologies infiniment variés.

- *L'identité morphologique*

Elle n'est pas constituée que par les organes sexuels visibles, féminins ou masculins, mais aussi par l'allure générale du corps, son ossature et sa musculature, ainsi que par les traits du visage et la correspondance entre ces traits et la caractéristique de la musculature.

L'ensemble des glandes endocrines (surrénales, thyroïde, hypophyse, ovaires et testicules) va influencer sur le processus de développement de l'identité sexuelle. Ainsi, la glande thyroïde et une autre hormone hypophysaire, la somathormone, conditionnent la taille, et la glande surrénale le système pileux.

Sur ce plan morphologique, les caractères (voir chapitre précédent) jouent aussi leur rôle dans le développement de l'identité sexuelle et la prise de conscience par l'individu de son identité sexuelle. Par exemple, ce processus sera différent chez un lymphatique, qui a relativement peu d'énergie, et chez un sanguin, qui a plus d'énergie et de résistance.

Dans des cas particuliers rarissimes, la morphologie sexuelle extérieure peut être différente de l'identité génétique, c'est-à-dire que la première peut être d'apparence féminine et la seconde masculine, ou bien le contraire. Malgré leur extrême rareté, nous citons ici un de ces cas exceptionnels pour nous permettre de mieux comprendre l'intrication des différents niveaux d'identité, et en particulier le poids déterminant du regard de la société sur le sexe : deux enfants naissent avec des caractéristiques génétiques femelles mais avec des organes génitaux externes mâles. Si, à la naissance, l'un de ces enfants est considéré par l'entourage comme une fille, et élevé comme telle, et l'autre comme un garçon et élevé comme tel, ces enfants se croiront appartenir au sexe

dans lequel on les a étiquetés. C'est le regard social qui détermine leur identité sexuelle, comme je le développe ci-dessous. (Cet exemple est tiré de *Recherches sur l'identité sexuelle* de Robert Stoller, p. 13, voir Bibliographie.)

- *L'identité sociale*

Le bain culturel familial renforce socialement cette organisation de base biologique en fixant une série complexe d'empreintes culturelles, psychologiques et sociales. À peine né (et même, aujourd'hui, dès avant la naissance), l'enfant est déjà « étiqueté ». Dès la seconde où la petite fille et le petit garçon sont reconnus par leur entourage comme fille ou garçon, qu'ils soient nés ou pas, ils ne sont pas traités pareil l'un et l'autre. Les gestes, les mots, les sentiments qui les entourent correspondent à l'image que leur entourage se fait des hommes et des femmes. La personnalité et le rôle social futurs de l'enfant sont déjà dans la pensée de ceux qui le regardent comme une future petite femme ou un futur petit homme. Et déjà, il ou elle entend prononcer son nom par les parents, la famille et les amis – dont la voix contient tous les affects et les souvenirs liés à leurs propres rêves d'enfant et désirs d'enfant.

Winnicott nous a montré à quel point les échanges précoces avec le nourrisson sont porteurs d'affect et de sens. Ainsi, on ne parle pas de la même manière à un garçon et à une fille, on ne les tient pas de la même façon. En règle générale, les petites filles sont beaucoup plus touchées et sont caressées autrement que les petits garçons. Ce *holding* différent va façonner leur personnalité et renforcer leur identité sexuelle. Le corps se charge, de mois en mois, d'année en année, d'émotions, de touchers, de sons et d'odeurs qui viennent le marquer avec une orientation sexuelle qui s'affirme. Cette longue histoire va durer jusqu'à la fin de leur adolescence, et se prolonger par tout type de travail sur le corps, comme la relaxation, qui réveille et fait resurgir ces sensations.

Le type de relations développées avec les parents, mais aussi la nature de la relation entre ces deux parents, ainsi que le caractère, la personnalité, le corps et le psychisme de ceux-ci entrent également en jeu. D'ailleurs, il m'arrive fréquemment de demander à mes patients de m'apporter une photo d'eux petits, ainsi qu'une photo de leurs parents, et si possible d'eux avec leurs parents. Je vois ainsi comment ils ont été tenus, c'est-à-dire comment le *holding* s'est exercé, et quel a pu être le caractère des parents. Je suis toujours animée par la volonté

d'appréhender globalement le patient. Si on ne le fait pas, on ne lui rend pas justice, parce qu'un mauvais diagnostic, ou un diagnostic incomplet, est une injustice envers le patient. J'ai toujours eu cette attitude, mais quand j'ai découvert Balint, il m'a renforcée dans cette conviction.

À l'aube de la vie s'organise donc, déjà, un corps sexué sous les doigts de la mère et du père. Le nourrisson se laisse imprégner de leurs empreintes sexuées et, d'une manière plus générale, de l'être féminin et de l'être masculin. D'abord conscience corporelle, il passe à la conscience d'être au monde et à l'individuation dans un sexe donné, c'est-à-dire à une existence à part entière.

Il joue masculin, elle joue féminin

Toutes les cultures ont leur propre définition de la masculinité et de la féminité ainsi que des différences entre les deux, et croient que ces définitions reflètent les lois de la nature. Et la plupart des êtres humains ressentent profondément, sous forme de conviction intime, s'ils sont filles ou garçons. C'est l'identité de genre. La façon dont filles et garçons, femmes et hommes, expriment leur identité de genre est le rôle de genre, ou le rôle social de sexe. Beaucoup d'entre nous peuvent trouver certains aspects de « notre » rôle de genre faciles à jouer, et d'autres moins faciles, voire désagréables. La plupart des individus se croient obligés, surtout quand ils sont en présence de l'autre sexe, de jouer le rôle de genre qui est le leur, et même de le surjouer.

À l'université du Minnesota (voir chapitre 2, p. 27) un document nous avait été distribué : « Il joue masculin, elle joue féminin : il joue masculin parce qu'elle joue féminin. Elle joue féminin parce qu'il joue masculin. » Chacun croit que l'autre attend de lui qu'il ou elle joue son rôle. Or, « s'il ne jouait pas masculin, il pourrait bien être plus féminin qu'elle. Et si elle ne jouait pas féminin, elle pourrait bien être plus masculine que lui ».

Dans le jeu social du regard des autres, le jugement de valeur apparaît sous forme d'évaluation de la féminité et de la masculinité. Les filles et les garçons seront taxé(e)s de plus ou moins masculines et masculins, et de plus ou moins féminines et féminins, comme s'il y avait une échelle standard sur laquelle s'aligner. Jusqu'à aujourd'hui, dans notre système patriarcal, la masculinité a été surévaluée par l'organisation sociale qui prône davantage le rendement, le pouvoir, la compétition et l'argent, et valorisée au détriment de la féminité.

Il joue masculin, elle joue féminin : les rôles induits par ces jugements sont de véritables carcans pour la nature profonde des individus, car des femmes normalement femmes n'osent pas exprimer une certaine masculinité, et des hommes normalement hommes sont amenés à cacher une certaine féminité. En somme, les unes et les autres ne peuvent pas être totalement vrais et totalement sincères dans leurs gestes, leur comportement et leurs vêtements, de peur du jugement et du regard social.

La nécessaire tolérance

J'ai eu plus d'une fois affaire à des gens, hommes et femmes, dont le sexe ne faisait pas de doute quand ils rentraient dans mon cabinet. Mais cependant, eux, au fond d'eux-mêmes, avaient des problèmes de discordance entre l'intérieur et l'extérieur. Plusieurs fois, dans le secret de mon cabinet, j'ai ainsi entendu des femmes souhaiter être un homme, ainsi que des hommes qui auraient voulu être une femme et qui se sentaient femme à certains égards. D'où l'intérêt d'une vision plus tolérante et plus large. Le cas extrême étant celui des transsexuels, qui ont toutes les caractéristiques physiques, endocriniennes et sociales d'un homme, mais se sentent profondément femme et, souvent, recourent à la chirurgie pour assouvir et concrétiser ce sentiment profond. Les cas de femmes qui se sentent mâles et veulent devenir un homme existent aussi, mais plus rarement. Dans tous les cas, ces personnes vivent dans une profonde souffrance de ne pas parvenir à concilier leur sexe apparent avec leur identité sexuelle profonde.

Les individus supportent des hiatus entre leurs tendances et natures profondes et le rôle social qu'ils doivent jouer, si ces hiatus sont mineurs. La société accepte, de même, ces petits hiatus. Mais, quand le décalage entre l'identité sexuelle profonde et le rôle social est trop important, il peut y avoir souffrance, malaise, inquiétude, angoisse, rupture d'équilibre et maladie psychosomatique. Une identité sexuelle mal assurée ou réprimée est un des facteurs à l'origine des maladies psychosomatiques.

Le remède est dans une tolérance plus grande de la société à une très grande échelle dans les variations de caractère. Acceptons que les hommes aient des traits de caractère féminins, et les femmes des traits de caractère masculins !

***Animus, Anima* : la bisexualité psychique**

Depuis que les hommes sont hommes et que les femmes sont femmes, on a toujours su qu'il y avait des hommes tendres, doux et même caressants, qui ont été amenés par la pression sociale à cacher ces qualités considérées comme trop féminines. De même, il y a toujours eu des femmes dites « de caractère », qui avaient des qualités de ténacité, de courage, de force morale ou physique, mais qui, par peur de se faire taxer de matrones ou de viragos, cachaient cette part masculine d'elles-mêmes.

Il n'existe pas d'hétérosexualité ou d'homosexualité à 100 %. Si Freud a parlé d'une « bisexualité psychique » chez les deux sexes, de tout temps, les sociétés traditionnelles avaient reconnu cette bisexualité circonscrite, certes, à des personnes bien précises comme les chamanes, qui pouvaient, et peuvent toujours, représenter indifféremment l'un et l'autre sexe. C'est par exemple le cas des *krous* au Cambodge.

Mais c'est à Carl Gustav Jung que l'on doit l'apport le plus fécond sur cette bisexualité psychique. Pour ce médecin psychiatre suisse (1875-1961), ami et disciple de Freud qui développa ensuite sa propre école de pensée, chaque être humain porte en soi inconsciemment des traits de l'autre sexe : l'*Animus* est la partie masculine existant chez toute femme, et l'*Anima* la partie féminine existant chez tout homme, à des degrés divers. Selon Jung, l'*Animus* et l'*Anima* sont des archétypes présents dans l'inconscient collectif, qui se projettent dans des images oniriques, mythologiques ou littéraires d'une société, mais également dans le comportement et la vie affective de chacun. Ils organisent tout ce qui met en cause l'identité sexuelle du sujet, y compris l'érotisme oral et anal, les fantasmes de castration ou les relations œdipiennes.

Un homme qui n'accepte pas l'expression de son *Anima*, douce et tendre, va tenter de l'étouffer en renforçant une attitude machiste. De même, l'*Animus*, partie forte et virile de la femme, n'est pas toujours accepté par celle-ci qui peut se trouver « trop masculine ».

Le concept de bisexualité fut longtemps l'objet de moqueries et de dérision. Et, jusqu'à aujourd'hui, malgré l'apparente libéralisation de l'homosexualité, cette bisexualité reste majoritairement à l'état de parole et non d'acceptation. Alors que les individus, eux, s'engouffrent dans la moindre brèche ouverte dans les stéréotypes rigides pour exprimer une plus large palette de comportements.

La société n'encourage pas les individus à reconnaître cette partie d'eux qui est un écho de l'autre sexe parce qu'elle aime catégoriser, étiqueter, puis hiérarchiser les catégories. Toutefois, ces dernières années, ces catégories ont eu tendance à devenir plus floues ; c'est un progrès qui va dans le sens d'une humanisation de nos sociétés et de la liberté pour chaque être humain de vivre son désir.

Hétérosexualité – homosexualité

Dans toutes les sociétés humaines, qui sont majoritairement hétérosexuelles, l'homosexualité a été et est toujours présente. Suivant les époques et leurs valeurs morales, elle est plus ou moins acceptée, valorisée, réprouvée ou réprimée.

Si les caractères biologiques prêtent peu à confusion, les rôles sociaux de sexe, ainsi que l'orientation et l'identité sexuelles connaissent une infinie variété, au point qu'Alfred Kinsey, médecin américain, a parlé d'un véritable continuum selon le choix de l'objet sexuel, allant d'un comportement exclusivement hétérosexuel à un comportement exclusivement homosexuel. Entre les deux existent des comportements majoritairement hétérosexuels avec des épisodes homosexuels plus ou moins fréquents, et, de même, des comportements majoritairement homosexuels, avec des épisodes hétérosexuels. Certaines personnes sont tout à fait bisexuelles, c'est-à-dire qu'elles ont des relations amoureuses indifféremment avec l'un ou l'autre sexe.

Dans la formation de l'identité sexuée, le vécu de la personne, homme ou femme, et ce qu'elle pense elle-même de son degré de masculinité ou de féminité jouent un rôle considérable

Choix de l'objet sexuel

Le choix de l'objet sexuel est très probablement influencé par la vie psychique et par l'histoire individuelle. L'orientation du désir sexuel est un phénomène complexe qui ne dépend pas de la seule détermination du sexe biologique. Le choix se fera sur des personnes de sexe opposé ou du même sexe selon l'influence des images sexuées qui ont nourri les affects infantiles, selon notre histoire et nos rencontres.

Il faut aussi tenir compte de l'évolution des mœurs et des opinions concernant les choix sexuels, et, en particulier ici, des opinions publiques

sur l'homosexualité. Il est évident qu'hier, par exemple il y a vingt ans, une femme qui ressentait un attrait pour une autre femme, ou un homme pour un homme, le refoulait beaucoup plus qu'aujourd'hui. C'est une chose de ressentir un attrait pour une personne du même sexe, et une autre d'aller vivre avec. J'ai rencontré dans ma carrière, récemment, plusieurs cas de personnes vivant une relation homosexuelle mais qui, il y a dix ou vingt ans, ne l'auraient pas fait. Cela m'amène à penser, en l'état actuel de ma réflexion, qu'il n'y a probablement pas de barrière fixe et définitive, ni génétique ni hormonale, délimitant un comportement hétérosexuel ou homosexuel, mais des échelons progressifs et fluctuants dans la part, consciente et inconsciente, de comportement homosexuel et de comportement hétérosexuel en chaque personne.

Ce que je voudrais rendre clair ici, c'est qu'à mon avis on n'est pas hétérosexuel et homosexuel une fois pour toutes.

L'enfant s'identifie tour à tour à chacun de ses parents dans une position hétérosexuelle ou homosexuelle. Sa bisexualité fondamentale sera levée grâce à l'amour du parent du sexe opposé. Si ce parent de sexe opposé est absent, rejetant, trop possessif, ou violent, le choix pourra être homosexuel. J'ai ainsi vu des filles devenant homosexuelles parce que marquées depuis l'enfance par des pères autoritaires ou violents. De même, un certain nombre d'hommes homosexuels, venus me voir pour manque de désir ou maladie psychosomatique, avaient été, dès leur plus tendre enfance, l'objet d'un amour insatiable de la mère, avec un père complice, passif ou inexistant. J'ai aussi rencontré des cas où des gestes incestueux ou des agressions sexuelles commis dans l'enfance par l'autre sexe ont pu orienter durablement le choix sexuel vers une homosexualité défensive.

Mais ce ne sont que des cas parmi l'infinité des histoires individuelles, et chaque profil, hétérosexuel comme homosexuel, a eu une constellation familiale et personnelle unique.

La bisexualité psychique, souvent non exprimée, est fréquente à la période de l'adolescence. Elle est là en potentiel et il faudra des circonstances particulières, favorables, pour que s'exprime une homosexualité qui aurait pu rester toute la vie latente. Dans la rencontre, le sexe de l'autre compte moins que sa personnalité et sa capacité à éveiller et donner de l'amour dans une acceptation réciproque totale.

Une chose est sûre : l'homosexualité féminine et l'homosexualité masculine sont différentes. On peut difficilement, faute de statistiques étendues et fiables, affirmer des généralités dans ce domaine. Mais on a

pu constater la chose suivante : alors qu'on avait coutume de penser autrefois que les couples de femmes étaient plus stables que les couples d'hommes, ces dernières années, par exemple avec le PACS, on a pu voir qu'il existait des types de couples d'hommes engagés depuis des décennies et tout aussi stables. Chez les hommes, la difficile conquête de la masculinité, ainsi que la difficulté de rencontrer des femmes et de se faire aimer d'elles en conduisent beaucoup à s'identifier charnellement à un autre homme. Cette thèse d'un accès plus facile à un partenaire masculin que féminin se trouve validée par l'histoire de nombreux homosexuels déçus, effrayés ou barrés dans leurs premières tentatives de conquête féminine. Le besoin de tendresse, d'amour et de sécurité affective existe chez tout individu, quel que soit son sexe, et à tout âge.

« Le bonheur, c'est l'autre, quel que soit son sexe »

Toutes ces quêtes, qui pour certaines sont dramatiques, culminent à l'adolescence. C'est à cet âge-là que ces tourments et ces joies se jouent avec le plus d'intensité, et parfois même se rejouent dans des directions inattendues. Une autre identité apparaît que celle que l'on croyait voir chez le petit garçon et la petite fille. Les engagements amoureux et sexuels, les passions, les engagements politiques se dessinent, même si ce n'est que pour quelques années. Des rencontres amoureuses se font, fort heureusement, car, si elles ne se font pas, c'est la dépression qui s'installe, menant malheureusement trop souvent au suicide.

Le narcissisme, toujours présent chez l'être humain, devient au moment de l'adolescence la composante la plus forte de la personnalité. Le narcissisme est une conduite plutôt qu'un amour. C'est comme une répétition solitaire du travail de la séduction. C'est l'âge où l'on se regarde longuement dans la glace et où l'on cherche dans les yeux de l'autre l'acceptation de sa propre personne ainsi que l'admiration. La recherche d'un Moi idéal se joue en permanence. Tout est excessif. Les attachements, en particulier, sont très forts, ainsi que l'idéalisation des personnes qui nous fascinent. Qui n'a jamais été amoureux/amoureuse d'un professeur, d'un acteur de cinéma ou d'une cousine ?

Les engagements de cette période ne sont pas définitifs, y compris les engagements homosexuels. Ceux-ci demandent à l'individu une prise de conscience et une réflexion que lui seul peut faire. Étant donné la timidité des filles et des garçons ainsi que l'incertitude et la peur qu'inspire l'autre sexe à l'adolescence, il y a souvent des épisodes

homosexuels passagers qui, dans certains cas, peuvent déterminer une orientation définitive si la rencontre est forte et heureuse, révélatrice d'un bien-être avec l'autre. L'orientation sexuelle n'est pas une donnée définitive dans tous les cas. Mais, en raison du regard hostile le plus souvent porté sur l'homosexualité, et de leur Surmoi qui a intégré les valeurs sociales, les adolescents se culpabilisent et peuvent se sentir à tout jamais marqués dans cette orientation.

Les choses se rejouent encore à vingt, vingt-deux ans, à la fin des études. Ces aléas du développement sexuel montrent l'extrême malléabilité de l'être humain. Les homosexualités sont aussi multiples que les hétérosexualités. Une de mes patientes, devenue pour l'instant homosexuelle, m'a dit un jour : « Le bonheur, c'est l'autre, quel que soit son sexe. »

Liberté d'être

La thèse que je développe dans ce livre est qu'il faudrait que le potentiel réel de chaque personne puisse être vécu en toute liberté. Si une société rejette une fraction des êtres humains en fonction d'un certain critère de masculinité et de féminité, où va-t-elle fixer le seuil à partir duquel ce critère doit opérer ? En imposant des modèles rigides d'« hommes » et de « femmes », ce qu'une société risque à coup sûr, c'est de restreindre l'éventail des possibilités d'expression et de comportement de chacun et de chacune et de limiter les possibilités de rencontre entre les sexes.

C'est un des paradoxes de notre société de sembler faire preuve d'une plus grande acceptation de l'homosexualité, au moins publiquement, alors que les attitudes de repli sur des modèles figés semblent toujours prévaloir dans les mentalités et dans le langage utilisé, qui reste réducteur et péjoratif, sinon insultant, au sujet des personnes homosexuelles. Les mœurs auraient-elles évolué plus vite que les mentalités ? Un autre paradoxe de notre société est la cohabitation de cette plus grande tolérance de l'homosexualité avec un machisme très fort.

Le vrai changement qui reste à opérer n'est pas de nature quantitative – accepter *encore plus* les « différences » – mais qualitative – *plus faire* de différence, ne plus considérer les gens en fonction de leur appartenance à une catégorie : « homosexuel(le) », « hétérosexuel(le) » ou « bisexuel(le) ». Le vrai pas vers la liberté serait qu'on ne soit pas étiqueté

en fonction de ses choix sexuels. Tout étiquetage est un enfermement dans une identité limitée et constitue une atteinte à la liberté d'être.

Pour conclure, je dirais que plus une société condamne l'homosexualité, moins elle permet le rapprochement entre les hommes et les femmes. Et, à l'inverse, plus une société accepte la diversité d'être de chacun, plus tous les individus sont libres de communiquer entre eux et ont de chances de se rencontrer. En condamnant l'homosexualité chez les personnes étiquetées « homosexuelles », on condamne la part d'homosexualité qui est, qu'on le veuille ou non, en chacun et en chacune de nous, et on la condamne parce qu'elle nous fait peur. Il s'agit au fond de reconnaître et d'accepter l'autre, quel qu'il(elle) soit, et cela vaut pour l'autre homosexuel ou l'autre bisexuel, comme pour l'autre homme ou l'autre femme.

5

D'ABORD L'AMOUR : LES FEMMES ET LEUR SEXUALITÉ

AUJOURD'HUI

QUE VEULENT LES FEMMES QUI VIENNENT ME VOIR AUJOURD'HUI ? De quoi se plaignent-elles ? Mon pain quotidien, si je puis dire, est fait de femmes qui viennent consulter soit parce qu'elles n'ont pas ou plus de désir, soit parce qu'elles n'ont pas de plaisir – qu'elles soient ou non dans une relation stable. Ce n'est pas du tout la même chose : dans le premier cas, elles n'ont pas envie de faire l'amour, de façon ponctuelle, ou depuis longtemps, ou depuis toujours ; dans le deuxième cas, elles ressentent du désir mais n'ont pas d'orgasme. Et pourtant, pendant des décennies, on a confondu ces situations extrêmement diverses en les regroupant sous le seul terme de « frigidité », infamant et dévalorisant, et malheureusement encore en usage maintenant. Le fait que la confusion ait été entretenue jusque dans le langage témoigne d'une incroyable et scandaleuse méconnaissance des femmes !

Je vois aussi des femmes qui, malgré leur envie d'avoir des rapports et leur désir, souffrent de vaginisme, c'est-à-dire d'un blocage qui rend impossible la pénétration par l'homme. Il y a aussi celles qui n'ont pas du tout de vie sexuelle et se demandent ce qui, en elles, les condamne à cette terrible solitude.

La perte du désir

L'absence de désir chez les femmes peut être due à des causes très différentes. Il y a des femmes qui, dès le début de leur vie sexuelle, s'imaginent qu'elles n'ont pas et n'auront jamais de désir et d'autres femmes qui, ayant connu jusqu'ici une vie sexuelle satisfaisante, se plaignent de l'avoir perdue. Et, là encore, il faut distinguer cette perte de la libido selon qu'elle survient en raison de blessures identifiables dans la vie actuelle de la femme, ou sans raison apparente. On ne peut comprendre les cas de femmes qui n'ont jamais eu de désir, ou qui l'ont perdu sans cause identifiable, qu'en s'interrogeant sur leurs blessures anciennes, grâce à une connaissance du développement psychoaffectif de l'enfant de zéro à trois ans. C'est la période où se situent des souffrances profondes de l'enfant, que j'ai découvertes chez mes patients à l'issue des séances de relaxation, et qui restent parfois inconnues à la fois des analystes et des sexologues.

Blessures actuelles

Les cas les plus simples à comprendre et à expliquer – ce qui ne veut pas dire qu'ils ne sont pas douloureux – sont ceux de femmes chez qui le désir disparaît après un accouchement, un avortement ou une fausse couche.

La disparition du désir après la naissance d'un enfant est un cas très fréquent. Quelquefois, le manque de désir sexuel qui accompagne la dépression post-partum se poursuit au-delà de quelques mois. Un enfant demande vraiment beaucoup de soins. Si toute l'attention de la femme, son esprit et son énergie sont tournés vers l'enfant, elle aura moins de disponibilité pour son mari. Mais c'est aussi, pour elle, une valorisation de sa personne et une canalisation certaine de son amour, plus simple qu'avec son compagnon. Dans ces cas-là, les remèdes sont aussi classiques qu'efficaces : escapades à deux, vacances, ou ne serait-ce qu'un dîner à l'extérieur de temps en temps pour renouer le fil de la communication et de l'intimité, se détendre et sortir de l'obsession du conflit conjugal.

Après une fausse couche spontanée, il y a une blessure profonde, comme si la femme doutait de son corps, comme si la trahissait, comme si il y avait quelque chose d'inachevé en elle, comme si elle n'était pas une vraie femme. C'est une rupture avec une image qu'elle pouvait avoir d'elle-même et une dévalorisation. S'il y a deux fausses couches à

quelques années d'écart, le couple peut perdre de son sens. La femme avait, comme beaucoup de femmes, fait un projet avec cet homme-là aussi en fonction de son désir d'enfant.

Et l'homme, lui, est déçu, de mauvaise humeur, comme s'il avait été – je force le trait – « trompé sur la marchandise », d'autant plus s'il s'était marié pour avoir un enfant, avec l'idée qu'en épousant une femme il allait acquérir un statut social. L'homme peut aussi être vexé et humilié par rapport à sa famille – surtout si les frères et sœurs ont, eux, des enfants. Le paraître vis-à-vis de la famille ou de la belle-famille compte alors plus que la réalité émotionnelle et sexuelle du couple.

Après un avortement, c'est une rupture d'identité, une blessure, même quand la femme était complètement d'accord. « Si c'était à refaire je le referais », dit-elle. Mais quand elle dit cela, elle a tout de même un regret, celui d'avoir été du côté de l'avortement plutôt que de la naissance, parce qu'elle sent que quelque chose qui aurait pu être présent, vivant, à elle, n'a pas été et ainsi, d'une certaine façon, elle n'a pas été tout à fait libre. C'est une fausse liberté.

La femme qui vient de faire une fausse couche ou d'avorter ne peut qu'être loin de son désir sexuel et érotique, puisque cet acte d'amour qui s'est traduit par un début de grossesse s'est soldé par la mort et non par la vie. Si, après une fausse couche ou un avortement, une femme ne ressentait pas cet éloignement de la vie amoureuse et de l'acte amoureux, c'est qu'elle ne serait pas tout à fait normale, car c'est un vrai deuil. C'est une perte qui est du côté de la mort, alors qu'Éros est du côté de la vie.

Ces états où la libido est éteinte s'atténuent et disparaissent en général spontanément. Sinon, quelques séances de psychothérapie et de relaxation peuvent aider à les dépasser. Parfois, si la femme a un tempérament dépressif, des souvenirs de cet épisode peuvent resurgir de temps à autre, provoquant à nouveau une baisse de la libido.

Blessures anciennes

En dehors de ces cas précis et ponctuels qui concernent la vie de la femme adulte, il y a l'immense cohorte des femmes dont la disparition du désir à l'âge adulte prend son origine vingt, trente ans auparavant ou même plus, dans la période de la toute petite enfance. C'est un réveil des blessures anciennes.

Je parle des cas des femmes dont le désir a disparu à l'occasion d'un changement dans la vie affective personnelle – perte d'un parent par exemple – ou même d'un changement pourtant considéré comme positif dans la relation de couple, tel un mariage ou un emménagement ensemble, comme le montre le cas ci-dessous.

Double vengeance

Nicole est âgée de vingt-six ans. Elle vient pour la première fois, adressée par une gynécologue qu'elle n'a vue qu'une fois. Le motif officiel de sa consultation est une baisse de la libido, cataloguée de « trouble sexuel » par la gynéco. Nicole déclare qu'elle n'a « plus envie » de rapports sexuels. À ma question « depuis quand ? », elle répond que cette baisse est apparue il y a dix-huit mois. Je lui demande :

– *Qu'est-ce qui s'est passé il y a dix-huit mois ?*

– Nous avons emménagé ensemble avec mon ami.

Elle me regarde soudain, interloquée, et s'exclame :

– Vous ne voulez pas dire que c'est parce que nous nous sommes installés ensemble ?

– *Je vous pose la question. Qu'est-ce que vous en pensez ?*

– Je n'y avais pas pensé. Mais vous avez peut-être raison.

Je vois qu'elle est bouleversée, et que je dois l'accompagner pour qu'elle supporte cette révélation et ne se sente pas, tout d'un coup, misérable. C'est une contradiction d'autant plus grande qu'elle m'a déjà répété, avant, trois fois de suite, « je l'adore » en parlant de son ami.

Ils se sont fréquentés pendant quatre ans avant d'emménager ensemble, et elle affirme que leur vie sexuelle était bonne jusque-là.

Si j'ai posé ma question, c'est parce que j'ai déjà vu de très nombreux cas où la baisse de la libido survient au moment du mariage ou de l'installation dans une vie commune de couple. (L'inverse existe également d'une amélioration spectaculaire de la vie sexuelle à partir d'une vie en commun.) Ce qui compte ici, c'est le symbole : « Nous devenons un couple. »

Qu'est-ce que cela provoque ? Quand deux personnes croient se marier « seules », en fait, elles triment dans leur inconscient les images des couples parentaux. Au moment où Nicole rentre dans le couple concrétisé par leur décision d'habiter ensemble, elle se retrouve avec son ami non plus comme les amoureux qu'ils étaient, mais dans une situation de couple chargée d'une image du couple

parental. Celui-ci revient au galop et elle s'y identifie dès ce moment-là dans son inconscient (et, bien entendu, la même chose se joue chez le partenaire).

Elle a vécu avec ses parents jusqu'à trois ans et demi dans un pays européen dont le père est originaire. Il était coléreux et la mère l'a quitté pour revenir avec sa fille en France, où elle s'est remariée avec un homme que notre patiente aime bien. Mais c'est l'image de son père naturel qu'elle colle sur le visage de son compagnon. On ne l'a « pas sonné » mais il est là. Il fait écran et vient parasiter, sans qu'elle s'en rende compte, sa relation avec son ami. Et elle a beaucoup moins envie d'avoir des rapports sexuels, tout en ayant très peur de le voir s'éloigner si les rapports s'espacent trop. Prise au piège, elle est en proie à un conflit de type psychosomatique qui consomme son énergie vitale. Son imaginaire et son esprit vont dans un sens et son corps dans l'autre. C'est un type de dépression.

Dans la réalité, elle voudrait garder son mari mais une rage ancienne contre son père, qu'elle ne lui a jamais exprimée, vient paralyser et parasiter ce désir de proximité avec son ami. Elle essaie inconsciemment de régler avec ce dernier ce qu'elle n'a pas réglé avec son père.

C'est quand elle commence à parler des reproches contre son père que je me dis qu'elle a bien des choses à reprocher à son ami, qu'elle ne m'a pas dites au début. Mais c'est à elle de me dire lesquelles. Voyant qu'elle a choisi, sans s'en rendre compte, d'identifier son ami à son « mauvais » vrai père, je lui dis.

– *Essayez de me parler de votre compagnon.*

– Ah, il est merveilleux, je l'aime !

– *Bon, d'accord. Mais quand même, comment ça se passe quand vous rentrez à la maison le soir ?*

(Car il faut être non seulement psychologue, mais aussi détective !)

– *Rentrez-vous avant lui ?*

– Oui, en général.

– *Vous faites le repas ?*

– Non, parce que je ne sais pas à quelle heure il va rentrer.

– *Alors, qu'est-ce qu'il dit, quand il arrive, de ne pas trouver le repas fait ?*

– Oh, il ne dit rien pour le repas, mais il déteste trouver de la poussière dans la maison. Il est un peu méticuleux, parfois rigide, et on se dispute assez souvent pour ça, la poussière et le rangement. Il déteste que les choses ne soient pas à leur place, d'ailleurs mon père était comme ça.

Il y a longtemps que j'ai appris que les êtres humains ne sont pas faits d'un seul bloc, homogène, mais de multiples petits Moi qui ne veulent pas tous la même chose en même temps.

Cela n'empêche pas que l'être humain a besoin de cohérence et que le rôle du thérapeute, c'est de représenter, ou d'apporter, en somme, une « solution » acceptable, qui va aller dans le sens d'une certaine cohérence.

Il est une phrase que je dis assez souvent : « Ne perdez pas espoir ! » Il faut éclaircir la situation et lutter pour que ça s'arrange. Ça ne vient pas tout seul. « Cet ami, vous l'avez choisi. Il faut parler avec lui. S'il y a des choses que vous ne pouvez pas lui dire, vous pouvez lui demander de venir me voir. »

Et s'il venait, je lui dirais : « C'est vrai, quand vous rentrez du travail, pour vous qui avez une certaine conception de l'ordre, c'est gênant. » Je lui dirais des banalités, que les gens ne sont pas parfaits, qu'ils ont leurs défauts. Mais, surtout, je le tranquilliserais quant à l'amour que cette femme a pour lui. Si elle laisse du désordre, ce n'est pas contre lui. Il faut qu'il admette qu'il y a cette différence entre eux. Il faut arriver à un *modus vivendi*. Et en ce qui concerne la sexualité, bien évidemment, je lui dirais aussi que, dans l'acte sexuel, il faut plus de temps pour que la femme parvienne au même degré d'excitation que l'homme.

Je poursuis d'ailleurs sur ce terrain :

– *Avez-vous eu du plaisir avec lui autrefois, un orgasme ?*

– Oui, facilement autrefois, mais plus maintenant.

On voit ici que la vie sexuelle et le plaisir varient d'un mois à l'autre, d'un jour à l'autre, en fonction de l'ambiance du couple.

Autre question, orientée bien sûr :

– *Est-ce qu'il vous caresse comme autrefois ?*

– Oh, non, il va droit au but. Il n'y a plus de préliminaires, il est pressé.

Nous avons affaire à une double vengeance : elle se venge de la méticulosité obsessionnelle de son compagnon en n'ayant plus envie, et lui se venge en abrégeant les caresses parce qu'il est excédé dans le fond d'avoir à s'adapter à cette femme. À la fois, il aime être avec elle, et en même temps elle l'énerve sur un certain nombre de points.

Je dois être prudente. Si je lui montre trop que la situation est délicate, elle ne reviendra plus. Il faut que je laisse la porte ouverte à l'espoir. Que lui conseiller si je ne la revois plus ? Il faut faire pour le mieux en cette seule consultation et lui dire des choses essentielles.

Nous voyons ici à l'œuvre le mécanisme de la collusion, qui sera développé dans le chapitre sur les couples. On épouse quelqu'un soit

parce qu'il(elle) est le contraire d'un parent, père ou mère, soit parce qu'il(elle) lui ressemble. Pour affirmer cela, je m'appuie comme d'habitude à la fois sur mon expérience clinique, mon expérience passée et sur ce que j'ai appris dans les livres des collègues.

Après quelques mois d'absence, elle revient me voir et m'annonce en sanglotant qu'elle a quitté son ami parce qu'ils se disputaient tout le temps. Elle s'accuse violemment en disant qu'elle gâche tout. Nouvelle consultation, où elle s'accuse à nouveau d'avoir mauvais caractère, de s'y prendre mal et d'être responsable de leur séparation. Je lui dis : « Vous auriez tout pour être heureux tous les deux. »

Nous faisons quelques bonnes séances de relaxation, d'où elle sort apaisée, plus sûre d'elle-même. Nous devons beaucoup à la bonne relation entre nous. Le transfert est bon.

Un jour, elle est allée pleine de confiance à un rendez-vous d'embauche pour un poste dont elle rêvait, et pour lequel je lui ai prodigué des encouragements. Elle l'a obtenu. Elle en a retiré beaucoup de bien et de confiance en elle. Ça l'a aidée à remonter son niveau de confiance en elle et son tonus, ce qui ne peut qu'être bénéfique pour sa vie sexuelle.

Actuellement, elle vit de nouveau avec son ami et le couple s'entend bien, y compris sexuellement. Mais il faut constamment la rappeler à l'ordre pour qu'elle ne se mêle pas de la vie de son ami et de ses rapports avec sa mère possessive. Je lui dis : « Tenez votre langue ! »

« Il faut bien que je fasse quelque chose ! »

Beaucoup de femmes m'ont dit : « Moi je n'ai plus de désir mais ça ne me gêne pas vraiment, mais, comme lui a envie de rapports fréquents, j'ai peur qu'il ne rencontre une femme qui me le prenne. Il faut bien que je fasse quelque chose. »

Cette phrase, banale et tragique, « il faut bien que je fasse quelque chose », combien de fois l'ai-je entendue ! Je comprends les femmes qui me disent cela, mais je ne peux pas l'accepter. Si je vais l'aider, ce n'est pas pour que son mari n'aille pas « voir ailleurs », mais pour qu'elle-même puisse profiter de toutes les dimensions de sa vie. Et je leur dis bien : « Mais vous ne savez pas ce qu'un traitement pourra vous apporter, et tout le bien que vous pourrez en retirer vous-même ! Et si vous, vous allez beaucoup mieux, ça ne peut que faire du bien à votre relation avec votre mari. »

Les raisons pour les femmes de perdre le désir sont extrêmement diverses. La femme a pu, à un certain moment, souffrir de brûlures vaginales ou même d'un mal de dos. Si cela a alors été l'occasion pour elle de découvrir que son compagnon ne tient pas compte de ce qu'elle ressent dans son corps, ça l'éloigne de lui. Ou bien encore, si une autre femme a fait un clin d'œil au mari ou lui a dit quelque chose que sa femme ne lui a jamais dit, il va être plus distant avec sa femme, ce qu'elle va ressentir.

Il y a aussi celles dont le couple est stable, mais caractérisé par une agressivité mutuelle ou un conflit latent, portant sur les parents de l'un ou de l'autre, sur des attitudes religieuses ou spirituelles, sur l'argent, sur l'éducation des enfants... Certains de ces conflits ne sont pas nouveaux, mais, souvent, ils ont été occultés au début de la vie commune parce que le plus important était de se marier et de s'installer. Ils ont donc été relégués à l'arrière-plan, d'autant plus que bien rares sont les couples où il y a une réflexion et une intimité profondes avant la vie commune. Or, dès qu'on est ensemble, toutes les données sont bouleversées et les enjeux ne sont plus les mêmes.

La perte de désir chez une femme peut survenir à tous les moments où elle bute sur une de ces innombrables différences d'appréciation entre les hommes et les femmes.

L'absence de désir

La plupart du temps, chez les femmes qui n'ont jamais éprouvé de désir, on ne voit rien, dans leur vie actuelle, qui expliquerait la genèse de cette absence de libido. Souvent elles-mêmes disent : « J'ai dû être toujours comme ça. » Après quelques entretiens, nous entreprenons une cure de relaxation. Et depuis des années, cas après cas, la relaxation est venue me confirmer qu'il y avait eu des empreintes négatives dans la très petite enfance, dans la période archaïque. Le contenu des entretiens au sortir des séances de relaxation profonde vient confirmer qu'il y a eu des frustrations dans la période entre un an et trois ans, dans ce que nous appelons la sexualité archaïque – frustrations de contact, de toucher, de caresses, de *holding*, bref, de gestes d'amour et de tendresse.

Il y a aussi des cas où le blocage est dû à la culpabilité oedipienne, en raison d'un conflit arrivé plus tard, à la période oedipienne, entre cinq et dix ans, avec un père terrorisant, ou alcoolique, ou battant la

mère. Autant de situations qui entraînent une culpabilité chez la petite fille. Dans le cas de la mère battue par le père, la petite fille, avec ses sentiments souvent forts pour son père à cet âge (et malgré la violence de ce dernier), ressent une ambivalence vis-à-vis de sa mère. Elle va se sentir coupable d'aimer trop son père et, peut-être, du désir qu'elle a d'être aimée de lui. Elle est écartelée entre son père et sa mère. (D'une manière générale, les enfants, filles et garçons, se sentent coupables de tout ce qui se passe autour d'eux, de tous les malheurs et de toutes les souffrances autour d'eux, *a fortiori* dans leur famille.)

Le poids d'une enfance malheureuse

En général, chez les femmes sans désir, quelques entretiens révèlent une histoire familiale malheureuse ou simplement pas très heureuse. Une étude réalisée par Francine Marcovich, graphologue-psychologue, sur 582 cas de patientes m'ayant consultée pour absence de désir sexuel, montrait que 82 % de ces femmes avaient eu une enfance triste et malheureuse, avec soit un des deux parents morts quand la fillette était en bas âge, soit un père alcoolique, soit un divorce « méchant » des parents. Et, bien sûr, un jour ou l'autre, ces femmes consultent parce que leur non-désir dans une vie à deux suscite chez elles une gêne intense, et, chez leur partenaire, une souffrance due au fait qu'ils ne se sentent jamais désirés.

Beaucoup de ce type de femmes ont défilé dans mon cabinet dans les trente dernières années. Un certain nombre d'entre elles ont suivi une relaxation psychothérapeutique. Certaines ont abandonné en cours de route. Parmi celles qui l'ont suivie jusqu'au bout, il y a eu une amélioration consistant dans la réapparition – ou l'apparition – d'un désir d'intimité et de tendresse qui, finalement, favorisait le désir sexuel. La relaxation les a fait bouger dans le sens où leur corps est devenu plus réceptif à elles-mêmes, plus ouvert au corps de leur compagnon et plus libre dans l'intimité. J'ignore combien sont allées jusqu'à l'orgasme.

Ce qui est important ici, c'est que ces sentiments complexes et contradictoires vont provoquer chez la petite fille un tel désarroi qu'il va entraîner dans son jeune corps un blocage devant une image masculine. Ce blocage va se manifester à l'âge adulte dans une relation avec un homme qui a une signification pour elle. D'après nos entretiens, elles comprennent plus ou moins vite ce qu'elles ont eu à surmonter : elles ont commencé à aimer leur père tout en ayant peur (toujours inconsciemment) de faire du mal à la mère en lui enlevant l'amour de cet homme.

Je leur dis que ce sont des affects inconscients fréquents, en ajoutant : « Vous n'êtes pas un monstre – ça peut arriver à tout le monde. » Je les rassure autant qu'il est possible de le faire. Il y a des cas où on ne peut et où on ne doit pas rassurer trop vite parce qu'il faut d'abord que la personne s'explore et que je sente qu'elle se remet en question.

Avec ces mots, je les réinsère dans le courant de la vie : « Vous n'êtes pas malade », « vous êtes faite normalement ».

« Votre absence de désir est un symptôme dû aux images négatives qui se sont formées dans votre petite enfance sur les hommes et sur vous-même. Ces images ont imprégné votre inconscient, ont contribué à façonner votre échelle de valeurs personnelle. Mais les images, ça va et ça vient, ça ne demande qu'à se modifier. D'ailleurs, avec les efforts dont vous m'avez parlé pour vous en défaire, vous avez déjà lutté instinctivement contre ces images qui vous faisaient du mal avec toutes vos défenses saines. À partir du moment où vous entreprenez un travail qui vous met en relation avec votre corps, vous allez sentir que votre corps ne demande qu'à vous servir, et votre vision des choses va se modifier. »

Chez les femmes qui manquent de désir, il y a au fond une sorte de superstition que leur corps est « mauvais » quelque part, qu'elles sont punies de quelque chose. (C'est aussi vrai chez les hommes impuissants, et, en fait, chez toute personne dont le corps pose problème.)

Une première fois ratée

Cette jeune avocate de vingt-cinq ans, en recherche d'emploi, est envoyée par un psychiatre pour absence de libido, de désir. Tout son visage reflète la tristesse et l'inquiétude. Comme elle ne tient pas à parler de son enfance et de ses parents, je lui fais expliquer en détail ce qu'elle a eu comme expérience sexuelle et affective où elle a pu se rendre compte qu'elle n'avait pas de libido.

Entre seize et dix-sept ans, dans la classe de préparation du bac, un de ses copains de classe qu'elle trouvait à son goût a essayé de coucher avec elle. Il a tenté de la pénétrer sans aucune préparation, sans préliminaires, ni caresses, ni paroles gentilles. Ce n'était pas un viol puisqu'elle était d'accord, mais c'est quasiment un attentat contre la libido de cette jeune fille. Elle a appris par la suite que ce garçon avait raconté à toute la classe qu'il « l'avait eue ». Elle a été profondément humiliée et a commencé à se croire « frigide ». À partir de vingt ans, elle a eu trois ou quatre aventures, et à chaque fois le garçon ne pouvait pas pénétrer.

Explication de cette absence de libido qui n'en est pas : la première fois, c'est l'ignorance totale du garçon et sa goujaterie qui ont provoqué le soi-disant échec ; en fait, il n'y avait eu aucune préparation de l'éveil du désir chez cette jeune fille. Ensuite, le souvenir de ce soi-disant échec l'a marquée à tel point que sa peur et sa dévalorisation d'elle-même l'ont poursuivie jusque dans les autres tentatives, d'autant plus que les autres garçons n'étaient pas moins ignorants que le premier.

Troubles de la personnalité

Parmi les femmes qui n'ont jamais eu de désir sexuel, on rencontre également celles qui ont un problème d'identité sexuelle (voir chapitre 4) ou des altérations de la personnalité : états névrotiques plus ou moins marqués, schizophrénie, troubles psychiatriques. Chez ces femmes, la plupart ont connu des aléas du développement psychoaffectif soit dans la toute petite enfance, soit à l'adolescence, troubles qui ne les ont plus quittées. Même quand je constate leur fragilité psychologique, je les traite absolument comme n'importe quelle patiente et j'essaie, comme toujours, de restaurer leur identité féminine et leur libido. La psychiatrie médicamenteuse n'est pas ma spécialité, même si, avant d'être gynécologue, j'ai été passionnée par la psychiatrie et ai suivi, comme je l'ai dit, les enseignements de maîtres tels que Charles Brisset, Henri Ey, Eugène Minkoswki et Ajuriaguerra. Je ne me sens pas tenue de donner un traitement d'antidépresseurs ou de l'humeur, mais s'il le faut je collabore avec un psychiatre. En effet, c'est le moment de dire, comme le préconise Daniel Widlöcher, président de l'Association psychanalytique internationale, qu'il y a souvent intérêt à associer un traitement d'antidépresseurs et d'anxiolytiques à une psychothérapie – mais pas toujours à la relaxation. L'essentiel étant que la patiente aille mieux. Si elle est déjà sous antidépresseurs avant de commencer la relaxation, je ne les supprime pas toutefois.

Grâce à mon attitude et au fait qu'elles reprennent confiance en elles, dans bon nombre de cas mon entreprise de « normalisation » réussit, et la libido apparaît. Rien d'étonnant à ce que cette découverte du désir sexuel dans la vie de ces femmes leur fasse le plus grand bien, et en général elles vont beaucoup mieux ensuite sur tous les plans.

Je ne dis pas que le fait de pouvoir mener une vie sexuelle satisfaisante fait disparaître les troubles psychiatriques. Mais je souhaite attirer l'attention sur le fait que la période difficile de l'adolescence peut

provoquer des états dépressifs – tout naturellement accompagnés de la disparition du désir – qui donnent lieu à un étiquetage d'« anormalité ». Cette étiquette peut poursuivre des jeunes jusque dans leur vie d'adulte, les marquer et devenir un piège où ils se retrouvent enfermés, s'opposant ensuite à la naissance ou à la renaissance de la libido, par un engrenage pernicieux.

L'absence de plaisir

Comme je l'ai déjà dit, l'absence de plaisir chez une femme est tout autre chose que l'absence de désir, bien qu'on ait longtemps confondu les deux !

En fait, ces deux situations se recoupent parfois. En schématisant, on peut dire que l'absence de plaisir est plus facile à soigner que l'absence de désir, car elle recouvre des situations plus faciles à comprendre. En premier lieu, on trouve l'ignorance des deux sexes sur le rôle du clitoris et du capuchon du clitoris dans le déclenchement du plaisir. Et, malgré tous les efforts accomplis pour informer les hommes dans ce domaine, malgré les multiples publications, malgré les travaux remarquables de Masters et Johnson et d'Helen Kaplan, l'ignorance d'un certain nombre d'hommes, et l'ignorance presque aussi grande des femmes, leur timidité et leur culpabilité qui les empêchent de guider l'homme dans le rapport sexuel continuent à prolonger cette situation.

En second lieu, les valeurs religieuses, qui considèrent souvent le plaisir comme un péché quand il n'est pas tourné vers la procréation, imprègnent encore largement la société. Dès le début de la vie, on culpabilise le plaisir, particulièrement chez les petites filles. Ce terrorisme a gâché la vie de nombreuses femmes et, encore une fois, malgré tous les progrès accomplis, on trouve encore dans notre époque moderne des relents de cette éducation antiplaisir.

Beaucoup de femmes m'ont dit : « Je n'aime pas me caresser sur le clitoris, ni que mon mari me caresse à cet endroit. Cela me rappelle trop la masturbation et, petite, j'ai été surprise la main "là où il ne fallait pas", et on m'a grondée, punie. J'étais honteuse. »

« Qu'est-ce que je peux faire contre mon inconscient ? »

Eugénie vient pour blocage juste avant l'orgasme. Elle veut avoir des rapports et désire être proche de son compagnon. Au début des rapports sexuels, c'est très agréable mais brusquement ça l'énerve et elle arrête tout. Elle a eu ses premiers rapports à dix-neuf ans et c'était déjà comme cela. Autant elle est intimidée, bloquée totalement au premier entretien, autant dès le deuxième entretien elle pose des questions et se rebelle contre l'idée qu'il puisse y avoir un problème psychologique dépendant de son inconscient. Elle ne connaît pas l'inconscient. Je lui fais un schéma et elle pose des questions intéressantes :

– Mais pourquoi, moi, je suis comme cela ?

– *Oh, vous savez, il y a beaucoup de femmes dans votre cas. Peut-être que votre père vous a manqué ?*

(Il est parti quand elle avait dix ans.)

– Oui, mais c'est arrivé à d'autres et elles s'en sont sorties !

– *D'abord, vous ne savez pas si elles s'en sont sorties vraiment. Les femmes ne disent pas la vérité là-dessus, sauf à des amies intimes. Et vous avez eu des circonstances défavorables : vous avez vu votre mère souffrir beaucoup du départ de votre père.*

– Oui, mais, moi, je veux réussir et je veux que ça aille vite.

– *Encore une fois, même si vous le voulez, il y a des raisons profondes, inconscientes, qui vous en empêchent et qui se sont mises en place malgré vous.*

– Mais alors, comment ça marche de mon père à moi ? Je ne sais pas ce que c'est que l'inconscient, même si vous me l'avez expliqué. Je sais que je veux réussir.

Elle fait partie de ces personnes, femmes et hommes, qui veulent que leur traitement aille vite, soit facile, et ne leur demande pas trop d'efforts personnels. Je crois que ces personnes repartiront avec leur problème et sont de bons clients pour les médicaments ou des thérapies discutables, comme l'hypnose telle qu'elle est pratiquée le plus souvent. Jusqu'au jour où un choc ou une aggravation de leur souffrance les fera revenir chez un autre psy.

Je lui montre alors des schémas anatomiques et nous parlons de l'orgasme clitoridien, le plus fréquent.

– Je ne suis pas d'accord, car alors à quoi sert le vagin ? dit-elle.

– *C'est vrai qu'il y a une intensification de l'orgasme clitoridien quand il peut y avoir une pénétration vaginale pendant ou après l'orgasme clitoridien.*

Habituellement, j'entends ce genre d'avis concernant l'utilité du vagin pour la survenue de l'orgasme plutôt chez des hommes que chez

des femmes. Le clitoris est placé juste au-dessus de l'entrée du vagin à la jonction des petites lèvres. C'est un petit muscle qui est terminé à son extrémité par un renflement de grosseur très variable, environ de la taille d'un petit pois. Le clitoris est l'organe érogène par excellence dans le corps de la femme. Car c'est au niveau du clitoris et d'une membrane qui le recouvre nommée le capuchon que prend naissance l'orgasme féminin. Malheureusement, encore aujourd'hui beaucoup d'hommes ne connaissent pas le rôle du clitoris. Cette méconnaissance est un handicap considérable pour la vie sexuelle.

Sur le plan psychique, l'ignorance de l'inconscient est un autre obstacle majeur à la disparition du symptôme, comme on le voit avec cette même patiente :

– Oui, mais qu'est-ce que je peux faire contre mon inconscient ?
– *D'abord, vous allez être attentive à vos pensées, à vos associations d'idées, et vous allez faire de la relaxation. De plus, vous avez été très attachée à votre mère et vous l'êtes toujours.*

– Oui, nous nous aimons beaucoup. Nous étions toutes les deux à nous épauler après le départ de mon père. Et puis ma mère était toujours très malade, j'ai dû m'occuper d'elle.

– *Quelles maladies avait-elle ?*

– Toujours pareil, la dépression. Je voulais tout faire pour lui faire plaisir. J'ai bien travaillé à l'école pour lui faire plaisir, et puis tout. Elle était si malheureuse...

– *Alors ne seriez-vous pas culpabilisée d'avoir du plaisir là où elle n'en a pas eu ? En ayant un orgasme, vous êtes peut-être gênée de la dépasser...*

– Ah, pourquoi ?

– *Je ne sais pas encore...*

Brusquement, elle évoque tout à fait autre chose. Et ce changement de plan est important.

– Pourquoi, depuis l'enfance, c'est comme si je ne savais pas toucher les choses ? Je ne sens pas ce que c'est, ça ne rentre pas en moi... Il y a un voile entre les objets et moi. Et puis, ma tête n'arrête pas de travailler.

– *Alors vous pensez et vous ne sentez plus ? Nous sommes bien d'accord, votre tête travaille trop et vous êtes éparpillée dans vos pensées au lieu d'être dans le sentir et le toucher.*

Pour cette femme, belle et volontaire, le départ du père a été ressenti comme un affront, un manque, une douleur pour elle et, de plus, elle s'est identifiée à la douleur de sa mère. C'est là qu'une sollicitude et une identification excessives ont fait surgir une culpabilité intense quand elle

s'est trouvée, pour la première fois, à dix-neuf ans, dans un rapport sexuel avec un homme qui lui a rappelé le père, et, par association, la trahison de celui-ci envers sa femme et sa fille. La culpabilité des filles à l'égard de leur mère est un leitmotiv retrouvé dans au moins la moitié des cas d'absence de plaisir et de difficultés pour parvenir à l'orgasme.

On trouve ici chez cette femme une lutte entre son aspiration à vivre sa vie indépendamment de la mère et des chaînes lourdes qui la relie à son passé, des chaînes qui sont : sa culpabilité à l'idée de dépasser sa mère dans le plaisir ainsi que sa rancune et sa peur à l'égard des hommes.

Dans d'autres cas, la culpabilité œdipienne dont nous avons parlé plus haut peut ne pas bloquer la naissance du désir, mais faire obstacle à la courbe montante vers le plaisir.

La peur de l'orgasme

Dans d'autres cas où le désir se manifeste, où le rapport sexuel commence et où le désir s'arrête dans la montée de l'excitation, il y a, à la dernière minute, une peur de la femme de se livrer au bouleversement de l'orgasme. Comme si elle craignait qu'en arrivant à l'orgasme, il se produise un anéantissement, une destruction et que son corps puisse être morcelé, déchiqueté. C'est une peur névrotique ancestrale chez les femmes. L'orgasme fait passer dans un autre monde, à un autre niveau de conscience. C'est une exaltation (le mot chinois pour l'orgasme se traduit par l'« âme dissoute »...).

La fragilité de la montée du désir

Chez beaucoup de femmes, et dans une proportion qu'on ne peut pas chiffrer, au moment où l'excitation progresse vers la phase dite de plateau, qui précède l'orgasme, une pensée dévalorisante ou une émotion négative peut déstabiliser la femme (on fait bien sûr le même constat chez l'homme) et la faire passer dans un état à la fois de déconcentration et de non-acceptation du plaisir. Ces pensées négatives peuvent être très variées, allant de la colère contre le partenaire à l'évocation d'un événement vécu ou d'un souci, même d'ordre domestique, familial (enfants) ou professionnel en passant par le resurgissement d'un souvenir de petite enfance. Ça peut être aussi bête qu'une remarque stupide de l'homme, qui peut rappeler un père ou un frère, mal aimé ou trop aimé. La montée du plaisir s'arrête et peut ne pas revenir. Quand la phase de plateau est

atteinte, alors, là, il n'y a pas de retour en arrière possible, et l'orgasme apparaît en deux à trois minutes.

Si un homme qui a eu son plaisir s'arrête de caresser la femme, au moment de la montée vers le plaisir chez elle, tout est interrompu ; de même s'il fait une remarque désobligeante, par exemple : « J'espère que ça ne va pas être trop long » ou même si, sans rien dire, il montre des signes d'agacement et d'impatience.

Chez les femmes, une grande partie des obstacles au désir et au plaisir échappe à la conscience. Quand le monde de l'inconscient se met en route, il ramène sur le devant de la scène des souvenirs et des empreintes qui pèsent sur la vie actuelle. Ces empreintes entravent la liberté d'aujourd'hui tant qu'il n'y a pas de prise de conscience qui seule peut les éliminer – ou au moins les maintenir à distance.

Dans tous les cas, il ne faut surtout pas faire semblant d'avoir du plaisir. La simulation du plaisir par une femme qui n'y parvient pas est l'attitude la plus fautive qui soit. Elle peut même être dangereuse, car elle enferme la femme dans le mensonge, ce qui est une impasse définitive.

Il n'y a pas de « recettes »

Les femmes d'aujourd'hui veulent être heureuses, réussir leur vie, et en général avec des hommes. Mais elles se heurtent à des difficultés de tous ordres dans un contexte qui continue d'être favorable aux hommes. Elles veulent pouvoir exprimer leur désarroi devant des hommes qui, de leur côté, se méfient des femmes nouvelles.

Qu'est-ce qui est nouveau chez elles par rapport à leurs mères ? La plupart ont un métier, un revenu. Elles ont donc une certaine autonomie financière. Elles pratiquent depuis beaucoup d'années la contraception, et vont, assez régulièrement, voir leur gynécologue, en général une femme. Elles lisent des revues féminines où la réussite sexuelle est présentée non seulement comme possible, mais à portée de main. Elles vont même voir des sexologues si elles trouvent qu'elles pourraient faire mieux.

Je suis à chaque fois très étonnée, en écoutant mes patientes, de constater qu'elles demandent désir et plaisir comme s'il s'agissait de performances indépendantes de l'homme qu'elles connaissent et de la relation qu'elles ont avec lui. Comme si désir et plaisir étaient des

biens, des attributs dont elles ne comprennent pas vraiment qu'ils ne peuvent pas être dissociés de leur histoire personnelle ni de l'histoire de l'homme. C'est pourquoi je leur demande souvent : « Êtes-vous, ou avez-vous été, comme cela avec tous les hommes ou seulement avec certains ? » Par exemple, elles peuvent avoir une meilleure relation sexuelle quand l'homme n'est pas libre, parce qu'alors elles n'ont pas de décision à prendre et peuvent elles-mêmes rester libres. Dès que ça peut devenir sérieux, elles bloquent.

Dans l'idéologie de notre époque, les magazines qu'elles lisent, la réussite sexuelle consiste à parvenir à l'orgasme, donc elles croient qu'avec de bons « tuyaux » elles y arriveront – un peu comme on peut réussir une mayonnaise ou un soufflé grâce à un bon « truc » !

Vers un monologue intérieur plus vrai

Devant moi, en consultation, ce n'est pas la relation avec leur homme que les femmes me décrivent, mais ce qu'elles croient être leurs insuffisances. Elles disent vouloir se rendre plus jolies grâce à des procédés esthétiques, des massages, des produits amincissants. « Je n'ai pas un joli teint », « j'ai un nez comme ci », « des jambes comme ça... La liste est infinie. Elles veulent être à la mode, s'habiller moderne. En somme, elles cherchent à améliorer leur paraître pour plaire aux hommes, ce qui est tout à fait naturel, mais ne se rendent pas compte qu'elles n'empruntent pas le bon chemin pour y parvenir. Prisonnières des images qui les abreuvent, elles reproduisent les stéréotypes sur la féminité et, ce faisant, s'éloignent d'un rapport plus vrai à l'homme.

Leur dialogue intérieur avec elles-mêmes est négatif parce qu'elles se perçoivent avec le regard qu'on prête à l'homme. Ce regard qu'elles ont sur elles-mêmes les rend maladroites, peu naturelles et leur gêne est perçue par l'homme, qui, même s'il ne s'en rend pas compte, cherche une femme authentique. Elles n'ont pas idée que c'est ce discours sur elles-mêmes qui les maintient éloignées des hommes. Être trop préoccupé de soi-même gêne la relation avec l'autre.

De plus, elles ne sont pas curieuses du monde intérieur des hommes. Et, si elles sont souvent critiques vis-à-vis de leur apparence à elles, elles font rarement la critique de leur propre caractère. Non pas qu'elles ne soient pas curieuses de se connaître, mais elles s'arrêtent lorsque les résistances deviennent douloureuses. Et, quand elles

cherchent à rassurer un homme sur l'amour qu'elles lui portent, c'est sur un mode relativement superficiel.

C'est pourquoi, dans le traitement, je rentre avec elles dans un dialogue dans lequel je cherche à savoir qui elles sont, quelles images elles ont dans la tête, quelle sorte de tabous leur éducation leur a imposés, quels obstacles elles ont eu à vaincre et quels sont leurs rêves. Quel est leur projet de vie. Et je leur dis : « Occupez-vous de vous-même d'abord, découvrez qui vous êtes, ce que vous voulez et ce que vous attendez de la vie. Après, vous cherchez un homme avec qui faire un grand bout de chemin dans la vie. »

Elles viennent chercher des recettes, et moi je les lance dans une réflexion sur elles-mêmes.

Des modèles nocifs : absence de dialogue et relents de guerre des sexes

Les médias, à commencer par la télévision, devenue aujourd'hui la principale source d'information pour la plupart des gens, pèsent ici de tout leur poids, et pas toujours pour le meilleur. Les magazines féminins parlent beaucoup de sexe, et les magazines masculins encore plus. Faites le test : pas une couverture sans l'annonce d'un article sur le sexe.

On a l'impression que les médias diffusent un double langage aux femmes. D'une part, ils s'adressent explicitement à elles comme à des femmes libres, mais qui devraient mettre à profit leur indépendance pour se comporter en « mangeuses d'hommes », sur un modèle machiste renversé (mais n'est-ce pas là un fantasme masculin répondant aux besoins et aux attentes de certains hommes, qui voudraient être dragués?). D'autre part, un message plus diffus s'adresse aux consommatrices : il s'agit de les persuader qu'elles ne sauraient vivre sans les innombrables biens de consommation, marques de vêtements, crèmes et autres liftings onéreux qui vont faire d'elles de « vraies femmes », donc des femmes désirables.

De plus, la représentation des rapports entre les hommes et les femmes est parfois caricaturale, avec des relents de guerre des sexes plutôt que des incitations à rechercher le dialogue et l'harmonie.

La publicité n'arrange pas les choses. Certaines d'entre elles sont autant de mises en scène où les femmes sont présentées dans des situations sadomasochistes et de soumission (la grande mode publicitaire de 2000 n'a-t-elle pas été celle du « porno-chic » ?). Quelquefois, certes,

ce sont les hommes qui sont maltraités et ridiculisés, mais ce renversement de l'exercice du pouvoir est-il réellement un progrès ? La France est particulièrement « tolérante » pour ces images, contrairement à des pays comme le Canada ou les pays scandinaves.

Certains mannequins affichent un état de minceur et de maigreur qui peut éventuellement susciter, chez des personnalités peu affirmées, le désir toxique de leur ressembler et induire des comportements alimentaires d'anorexie à la limite de la dangerosité. Un fabricant de cosmétiques, Bodyshop, a pris le contre-pied de cet éloge de la maigreur dans une campagne qui rappelait : « Huit femmes au monde sont des *top models*, trois milliards n'en sont pas. »

De toute façon, si les femmes sont si perméables à ces images fausses d'elles-mêmes, c'est qu'elles ont été conditionnées par leur milieu parental, familial et social à se comporter comme des « petites filles » au sens ancien du terme, à occuper la place superficielle qui leur revient dans la société. Elles sont préparées dès la petite enfance à s'identifier à un rôle que je les vois tenir, hélas, dans mon cabinet, et qui est en partie responsable du malentendu entre hommes et femmes.

Solitude et désir d'enfant

Aujourd'hui, une grande diversité de niveaux et de types de femmes se côtoie. Toutes ne sont pas perméables aux modèles d'hier. Beaucoup de jeunes femmes jusqu'à trente-cinq, quarante ans sont particulièrement autonomes. Plus indépendantes, elles mettent la barre plus haut que leurs aînées. Elles attendent notamment de leur compagnon qu'il remplisse un certain nombre de critères du point de vue de son physique, de son caractère, de ses revenus... Avec ces nouvelles exigences, les femmes ont des difficultés à rencontrer un homme pourvu de toutes ces qualités, mais également à se faire accepter par les hommes qui, eux, craignent de ne pas être à la hauteur. Soit ils ne savent plus trop ce qui fait plaisir aux femmes, soit ils ont l'impression de n'en faire jamais assez. En tout cas, à notre époque, si les femmes sont déçues par l'homme qu'elles rencontrent, elles hésitent moins à le quitter.

Tous ces nouveaux facteurs ont un résultat : elles sont seules. Quand elles sont habitées par un désir d'enfant, à partir de trente-cinq ans, cette solitude devient une source d'angoisse qui peut être obsédante. Combien de femmes de trente à quarante ans sont taraudées

par le désir d'enfant, sans qu'elles rencontrent un homme avec qui elles puissent réaliser ce désir ! Je reçois régulièrement de ces jeunes femmes qui ont un désir d'enfant très fort mais qui sont dans une grande souffrance parce qu'en même temps elles ont beaucoup de mal à prendre leur décision et à la concrétiser. Soit parce qu'elles sont seules, soit parce que leur compagnon est moins décidé qu'elles, soit parce qu'elles-mêmes ont peur de porter un enfant, ce qui se voit par exemple chez beaucoup de phobiques.

Il n'est pas simple d'être mère aujourd'hui. Les femmes ont beaucoup évolué alors que la structure de la société, le monde du travail, les comportements des hommes n'ont pas fondamentalement changé. Elles sont entrées massivement dans la sphère publique et doivent ajouter leurs nouvelles responsabilités professionnelles à leurs fonctions de mère et d'épouse, sans pouvoir compter sur la prise en charge d'une partie de leurs responsabilités par la société ou par les hommes. Il est objectivement très difficile de réaliser la fameuse « conciliation entre vie privée et vie professionnelle » – dont, curieusement, on ne parle quasiment qu'au sujet des femmes et pas des hommes...

La maternité dans l'angle mort de la politique

Les femmes n'ont pas choisi d'être le sexe qui assure la reproduction de l'espèce, et pourtant la société les laisse scandaleusement en assumer seules les charges. L'absence de facilités essentielles dont devraient bénéficier toutes les mères – préservation absolue de l'emploi, maintien du salaire, maintien de l'avancement professionnel, confort du logement, aide économique, soutien psychologique pendant l'adaptation à cette nouvelle situation – fait souvent de la maternité une difficulté et une épreuve. Quand, après la naissance de leur bébé, les femmes sont obligées de vite retourner travailler, elles souffrent d'une grande culpabilité, de doutes et d'angoisse vis-à-vis de leurs enfants, qu'elles ont peur de mal élever en n'étant pas assez présentes ou disponibles.

La myopie de la politique vis-à-vis de la maternité est la preuve que la société est toujours patriarcale, c'est-à-dire construite pour répondre aux besoins des hommes et ignorant ceux des femmes. Débrouillez-vous, leur laisse-t-on entendre de toutes parts, avec votre désir d'enfant, votre bébé, votre allaitement, vos mercredis, et vos enfants malades...

Pourquoi une société ne se donnerait-elle pas tous les moyens pour avoir des enfants désirés et leur offrir le meilleur pour leurs premiers pas

dans la vie ? Certes les pères viennent de se voir accorder un congé parental de 15 jours, après la naissance du bébé ; mais est-ce réellement suffisant ? Et, si les réponses sont des arguments financiers, que l'on fasse des études pour chiffrer le coût des retombées à long terme d'une petite enfance vécue au pas de course entre une maman énervée, un papa désinvesti, une ambiance familiale dégradée à cause du manque de temps et de disponibilité.

Au cours de la longue route parcourue par les femmes vers leur liberté de bouger, d'aimer et d'agir, la maternité est une dimension fondamentale de leur vie que la redéfinition des relations entre les sexes n'a pas intégrée dans sa complexité. La maternité se trouve toujours en grande partie dans un « angle mort » de la politique, comme le dit Yvette Roudy, ancienne ministre des Droits des femmes, d'une part sous prétexte qu'elle relève de la « vie privée » et serait l'affaire des seules femmes, et d'autre part parce que les femmes ont longtemps été bien trop minoritaires en politique pour mettre ce dossier sur le tapis. Résultat : la maternité ne fait pas (ou si peu) l'objet de mesures qui permettraient aux femmes à la fois d'occuper leurs nouvelles places et fonctions dans la société et de pouvoir mettre des enfants au monde et les élever dans les meilleures conditions possibles.

Concilier vie privée et vie professionnelle : un choix de société

Pendant des siècles, la maternité, souvent non choisie, a empêché les femmes d'avoir un projet de vie personnel et les a écartées de la participation aux affaires de la cité. Jusqu'à une époque récente, elle a été la principale fonction sociale assignée aux femmes et, pour beaucoup d'entre elles, leur seul horizon. Pour toutes ces raisons, la maternité a été vue comme le lieu par excellence de l'enfermement des femmes, et dénoncée comme telle dans les années soixante-dix. Mais les féministes ont eu tendance à dénoncer la maternité elle-même, symbole de l'aliénation, plutôt que le fait que la société n'assume pas ses responsabilités. Il était vital de passer de la maternité subie à la maternité choisie, et les revendications pour la contraception et la liberté d'avorter ont été fondamentales car ce sont des conditions de base de la liberté des femmes. Mais ces luttes ont longtemps bouché l'horizon, l'objectif à court terme faisant disparaître l'objectif à long terme. Peut-être que cela explique le rendez-vous manqué entre le féminisme français et bien des femmes qui veulent et aiment être mère, et à qui le féminisme a semblé très loin d'elles et de leur vie quotidienne.

Heureusement, aujourd'hui le mouvement féministe en France revient en force sur ce terrain, menant campagne pour exiger des pouvoirs publics les moyens nécessaires pour que la maternité ne soit pas une pénalité et pour sensibiliser les hommes, les partis et les syndicats à l'importance de cette question et du partage des tâches domestiques. Afin que les femmes puissent vivre toutes les dimensions de leur vie et que la « conciliation » puisse devenir l'affaire des femmes, des hommes et de la société.

Pour les femmes, la maternité a été, est et restera le lieu de leur bonheur de mère et l'expression d'une créativité qui leur est propre, incontestée et incontestable. Chaque jour, je vois à quel point les femmes tiennent à cette dimension de leur identité et de leur vie, que cette maternité soit réalisée ou potentielle. Même dans des conditions difficiles, elles ressentent tout ce qu'il peut y avoir d'exaltant et d'original dans l'expérience de la maternité, de la grossesse, de l'accouchement et de l'éducation des enfants, dans cette connaissance du monde à nulle autre pareille. Moi-même, j'ai vécu cette expérience. Bien que passionnée par la médecine et désirant toujours en connaître plus sur le monde, il n'y avait aucun doute pour moi que la connaissance du monde acquise par la maternité était mille fois au-dessus de toutes les autres connaissances. En cela, la maternité est une dimension de la vie des femmes qui a beaucoup à voir avec la psychosomatique.

Corps sexué et corps amoureux

Quand j'ai commencé comme gynécologue, je voyais qu'il y avait beaucoup de choses que les femmes sentaient et qu'elles n'osaient pas dire. Très souvent, elles m'ont confié qu'elles avaient peur qu'on se moque d'elles et que leur mari réponde : « Tu n'arrêtes pas de te plaindre », ce qui les renvoyait à un marasme intérieur, à des doutes sur elles-mêmes. Or le désir demande une image positive du corps et un contact de la femme avec son corps.

Souvent, les femmes se plaignaient de pesanteurs dans les jambes, surtout en fin de journée. Et, en regardant les jambes, je regardais aussi les pieds et les cuisses, et je constatais souvent une mauvaise circulation veineuse et lymphatique. Les grossesses, les stations debout dans les transports en commun puis dans la cuisine, au retour du travail, expliquaient amplement la fatigue et la surcharge veineuse, due, c'est vrai, à

la double journée de travail, mais aussi à des gonflements veineux héréditaires souvent provoqués par des grossesses répétées, non accompagnées de régime approprié. Tout cela entraîne des varices à l'intérieur du petit bassin, autour de l'utérus, des ovaires et des ligaments qui maintiennent tout l'appareil génital féminin.

Il y a dans le passé de beaucoup de femmes des infections du vagin, du col de l'utérus et de la vulve. C'est le tout-venant des consultations et les gynécologues s'occupent de les soigner, mais, parfois, s'inquiètent peu de la répercussion de ces infections sur la vie sexuelle.

Ainsi, une constipation peut entraîner un passage de colibacille vers le vagin tout proche et cette irritation ou infection du vagin prédispose très souvent la femme à une gêne, une douleur dans les rapports (dyspareunie) qui la rend moins disponible.

Contrairement au pénis qui est en dehors du corps de l'homme et s'infecte rarement, le vagin est contigu à l'intestin et toute irritation intestinale peut se transmettre au vagin, qui devient alors vite sensible ou douloureux. Cette infection a beau être banale, elle rend inapte à un rapport sexuel la femme qui en est porteuse, surtout si ce n'est pas elle qui a décidé du moment de ce rapport. Le mari ne comprend pas cette fatigue particulière de la femme et ne peut en mesurer la répercussion sur le désir.

Fondamentalement, on pourrait dire que la femme souffre de ne pas être maîtresse de son vécu corporel. Les femmes ont eu la contraception, elles ont découvert qu'elles avaient droit au plaisir. Or, l'anatomie de la femme, son vécu, son mode de vie, le peu de temps dont elle dispose pour elle-même lui enlèvent de la disponibilité pour la rencontre sexuelle. Le regard conjugal et social dévalorisant, les maternités successives, la prise de poids et le peu de temps pour les soins de leur corps se conjuguent pour rétrécir le temps et l'espace de vie des femmes, et donc ralentir la montée du désir.

Le désir demande aussi l'intégrité du corps. Le cas des femmes qui, à la suite de cancers, ont subi une ablation du sein ou une hystérectomie, c'est-à-dire l'ablation de l'utérus, illustre bien l'importance de l'intégrité du corps. Très souvent, et même si la gynécologue a sensibilisé la femme en l'informant que ces ablations ne vont pas diminuer le désir, les femmes se sentent atteintes et mutilées au plus profond d'elles-mêmes (surtout l'ablation du sein, car une hystérectomie ne se voit pas et l'altération est moins grave). Elles n'ont plus la même confiance en elles et leur désir décline, voire disparaît.

Dans beaucoup de ces cas-là, l'attitude du mari joue un grand rôle. J'ai connu des cas où l'amour, la tendresse d'un mari attentif et sensible permettent à la femme de se sentir moins diminuée et de voir revenir son désir, devant le désir persistant de son homme. C'est pour cela que la relaxation agit, parce qu'ainsi la femme reprend contact avec son corps.

« Suis-je normale, docteur ? »

« Suis-je normale ? » : la question est un leitmotiv dans la bouche de mes clientes. Or, je pense que la normalité n'existe pas en matière de sexualité.

Cette jeune femme de trente-trois ans, chef dans un bureau, a trouvé un de mes livres en librairie, *Sexualité et relaxation*, et est venue me voir. Elle me dit : « Il doit y avoir quelque chose avec moi parce que les liaisons avec les hommes ne durent pas. » Sa demande est : « Comment établir une liaison durable ? », autre leitmotiv chez mes patientes. Et pourtant, elle dit avoir beaucoup de copains hommes.

Son cas est très représentatif de la demande des femmes. Parmi les autres questions qui me sont posées, les plus fréquentes sont : « Est-ce que je suis à la hauteur ? » « Est-ce que je suis une partenaire intéressante pour l'amour avec un homme ? » « Suis-je assez féminine ? »

Elles comptent sur leur corps de femme, sur leur « féminité » pour retenir l'attention des hommes, et elles ajoutent : « Vous savez bien que, si on ne fait pas plaisir à un homme, il vous laisse tomber. »

Les femmes, toutes libérées qu'elles soient dans leur vie sociale et professionnelle, se montrent étonnamment fragiles à partir du moment où elles se décident à fonder un couple. Les vieux doutes refont surface et elles perdent leur belle assurance, continuant à se voir, comme leurs mères, à travers le regard de l'homme : « Suis-je assez féminine ? Assez désirable ? » C'est ce que je vois quotidiennement dans mon cabinet.

Si ces femmes se sentent « insuffisantes » sexuellement, c'est parce qu'elles se trouvent en présence d'hommes qui les critiquent. Ce que je retiens, surtout, de ce qu'elles me disent, c'est que, si l'homme porte un regard désapprouvateur sur ses seins ou ses fesses, la femme, pourtant si puissante sexuellement, perd toute confiance en elle. D'où vient cette sensibilité d'une femme au regard d'un homme, qui fait tomber sa puissance sexuelle ? C'est un problème pour leur santé, psychique et physique. Beaucoup de femmes qui se sentent dévalorisées sont fatiguées, car elles

consacrent leur énergie à tenter de lutter contre des représentations négatives d'elles-mêmes, contre des menaces d'éclatement, de clivage de leur personne

Beaucoup de femmes qui viennent me voir continuent de se plaindre que les hommes ne connaissent pas leur corps à elles comme source de plaisir. En fait, ce n'est pas vraiment qu'ils ne le connaissent pas, mais ils ne prennent pas la peine de faire les gestes qu'il faudrait. Ils vont « droit au but », disent-elles. « Il sait bien que ça me fait plaisir s'il me caresse les seins, et ailleurs, mais il est pressé de pénétrer »...

En général, les femmes me disent : « Il est pressé », et les hommes me disent : « Elle est lente. » Nous verrons plus loin ce qui explique anatomiquement qu'une femme a besoin de plus de temps qu'un homme pour parvenir à une excitation maximale – mais aussi qu'elle tient la distance.

Et ne croyez pas que je parle des femmes que j'ai vues il y a dix ou vingt ans ! La jeune femme dont je parle au début de ce chapitre, qui a vécu une « première fois » ratée à cause de l'inexpérience de son partenaire, est venue me voir au début de l'année 2001.

Quand je reçois un cas comme le sien, je nous crois revenus en arrière, à l'époque où l'on ne savait rien de la sexualité des femmes. Car on revient de loin, de très loin. Je vous invite à faire un voyage dans le temps, un temps pas si vieux, mais déjà tellement différent...

PRÉHISTOIRE DE LA SEXUALITÉ DES FEMMES

J'ai grandi dans une société où les femmes n'avaient pas de vie sexuelle, où il était dans l'ordre des choses que les femmes soient « sérieuses », chastes et prudes, comme ma mère qui n'avait comme seul Dieu que son mari et ses enfants, et que seuls les hommes soient intéressés par ce qu'on appelait les « choses du sexe », comme mon père qui se passionnait pour les histoires des grandes amoureuses, telle Sarah Bernhardt. La maternité était la seule matérialisation admise de la sexualité des femmes. On pensait que les qualités de sensibilité, d'intuition et de tendresse étaient plus fortes chez elles que chez les hommes et compensaient leur insuffisance en matière de sexe, insuffisance doublée de leur désintérêt de la chose. Ne baptisait-on pas le rapport sexuel entre époux du nom engageant de « devoir conjugal » ?

Le regard masculin, juge de la sexualité féminine

En médecine, la sexualité féminine était peu étudiée et, quand elle l'était, c'était avec un regard masculin qui établissait une comparaison avec.. la sexualité masculine.

Pour moi, médecin d'usine et gynécologue, aussi bien la santé des ouvriers que celle des femmes faisaient partie de la santé publique – et j'avais beaucoup de mal à faire admettre cette vision. J'étais profondément choquée qu'un être humain ne connaisse pas son propre corps. Déjà, je voyais que la santé passe par le dévoilement des connaissances : l'accès au savoir sur soi donne autonomie et indépendance aux patients. Moi-même, je voulais toujours en savoir plus.

Je n'ai pas « décidé » un jour de m'occuper des femmes. Je suis tout le temps partie de mon expérience personnelle et j'ai fait un va-et-vient permanent avec mon métier. En consultation, je voyais la tristesse et l'insatisfaction des femmes. L'ignorance généralisée de leur sexualité, comme des mécanismes de la reproduction, me révoltait. Me révoltait aussi l'attitude de la société et des médecins vis-à-vis des femmes qui avortaient. Je fus profondément choquée, en stage en deuxième année de médecine dans un hôpital parisien, en 1939, par la façon dont les internes, des hommes, curetaient des femmes sans aucun anesthésique en les traitant comme des criminelles pour avoir voulu avorter et en les abreuvant d'injures grossières, alors qu'elles étaient déjà dans un état de très grande souffrance à cause de la douleur, de la clandestinité, de la peur, de l'angoisse.

Frigidité à tous les étages

La vision de l'époque sur la sexualité des femmes était affligeante : tous nos cours de gynécologie parlaient d'une insuffisance sexuelle congénitale de la femme. Dans les années cinquante, Hélène Wolffromm, première et célèbre gynécologue psychosomaticienne, faisait des conférences sur toutes les maladies des femmes où la psychologie pouvait être en question. Quel tableau ! Il n'était question que de douleurs pendant les rapports sexuels (dyspareunies), de femmes qui ne se laissaient pas pénétrer par le pénis (vaginisme), ou qui souffraient de douleurs profondes dans le ventre après un rapport sexuel (algies pelviennes), ainsi que d'absence de désir et de plaisir (anaphrodisies).

La « frigidité » était le lot commun des femmes, certains chiffres allant jusqu'à parler de 90 % de femmes frigides ! Or, j'ai peu à peu

compris que si, effectivement, la plupart des femmes ne jouissaient pas, cela ne voulait pas dire pour autant qu'elles étaient frigides : leur absence d'orgasme n'était que le signe d'une méconnaissance profonde de leur corps et de ses immenses capacités de plaisir. De leur part et de la part de leurs partenaires. Mais on ne questionnait pas les hommes là-dessus. Ils étaient au-dessus de tout soupçon. (De même qu'on parlait peu d'impuissance masculine et de difficultés d'érection, ce qui ne voulait pas dire qu'il n'y en avait pas, comme la suite l'a montré.)

La ménopause représentait le summum de cette malédiction pesant sur les femmes : bouffées de chaleur, irritabilité, angoisses, troubles du sommeil, prise de poids, perte des cheveux, cellulite, obésité, et j'en passe... La ménopause était d'autant plus une calamité qu'elle était censée signifier la fin de toute vie sexuelle et amoureuse pour les femmes. À partir de cinquante ans, il était inconcevable qu'une femme fût désirable et désirante. Encore un tabou qui a, depuis, été largement battu en brèche, l'épanouissement sexuel de la femme de cinquante ans étant aujourd'hui une des heureuses surprises de la vie à cet âge.

Après la publication de mon livre *Femmes à 50 ans*, Éric Duvivier a réalisé dans mon cabinet un documentaire, *Le Praticien et la femme de 50 ans*, dans lequel une dizaine de mes clientes témoignaient de leur évolution sexuelle, avec découverte de l'orgasme à cinquante ans. Je me souviens du tollé que ce film provoqua, aux Entretiens de Bichat en 1982, auprès de certains généralistes qui, n'admettant pas que des femmes mariées ou divorcées puissent prendre du plaisir à cet âge-là et vivre leur vie, crièrent à l'incitation à l'adultère !

Récapitulons : il y a trente ans, la sexualité des femmes se caractérisait par des pathologies en tous genres, une absence de plaisir et un désir incertain. La nommer même faisait problème : lorsque, aussi tard qu'en 1970, Hélène Wolfrohm consacre un livre entier à la sexualité féminine, elle lui donne pour titre : *Cette chose-là...*

L'« envie de pénis », un concept ravageur

La littérature psychanalytique n'arrangeait pas les choses. Freud avait cru identifier une « envie de pénis » des femmes, une expression redoutable et malfaisante, reprise par beaucoup de psychanalystes après lui, y compris des femmes comme Hélène Deutsch et Marie Bonaparte, et qui fit des ravages (cette dernière alla jusqu'à se faire opérer pour rapprocher son clitoris de l'entrée du vagin, afin qu'elle puisse jouir par

le va-et-vient du pénis !). Ce concept a induit en erreur des générations de médecins, de psychologues et de psychanalystes, et causé de l'angoisse à bien des femmes, déjà susceptibles, par leur sensibilité et leur oppression, de se culpabiliser. Freud a reconnu lui-même à la fin de sa vie que la sexualité des femmes était un « continent noir » qu'il n'avait pas eu le temps d'explorer.

Certains analystes connus ont éprouvé le besoin de me dire, en privé, que les femmes avaient fait évoluer la psychanalyse en la débarrassant de ses visions négatives sur la sexualité féminine. J'en ai été touchée, mais je l'aurais été plus encore s'ils avaient osé le reconnaître publiquement. Jamais des psychanalystes n'ont fait amende honorable en exprimant des regrets pour les torts causés aux femmes par la vision misogyne de la psychanalyse.

Quand mes patientes avaient des troubles de la sexualité, pendant longtemps je ne me suis pas permise de soigner ce qu'on appelait alors la « frigidité », synonyme de névrose, et je les envoyais chez le psychanalyste. Et je ne mettais pas en cause les hommes ni leur façon de faire l'amour. C'est ainsi que quantité de mes clientes ont fait des psychanalyses pour insuffisance de leur plaisir sexuel, alors qu'elles étaient tout simplement en compagnie d'hommes qui ne connaissaient ni la physiologie du plaisir sexuel ni même, très souvent, l'anatomie des femmes : combien ignoraient jusqu'à l'existence du clitoris ?

Et, quand bien même l'homme et la femme connaissaient l'existence du plaisir clitoridien, la culpabilité restait un obstacle considérable, car le clitoris était considéré comme l'organe de la masturbation et, à ce titre, marqué au fer rouge par l'Église catholique.

Complot contre la sexualité des femmes

Si donc les femmes acceptaient, et moi avec, leur « insuffisance » sexuelle, c'était bien sûr à cause des valeurs sociales et de la morale patriarcale en vigueur, responsables de ce que j'appelle le « complot » contre la sexualité des femmes. Les femmes n'avaient pas encore émergé comme individus à part entière, ni dans la société, ni dans le couple, ni, *a fortiori*, dans la relation sexuelle. Elles-mêmes malheureusement adhéraient au machisme, qui se caractérise entre autres par la dévalorisation du corps féminin, probablement ni concertée ni consciente, mais parfaitement cohérente : tout, du discours scientifique et médical aux représentations

dans la presse. la littérature et le cinéma, se liguaient contre l'épanouissement des possibilités physiques et sexuelles des femmes.

En outre, la distinction entre la « femme honnête » et la prostituée était un obstacle supplémentaire qui rendait suspect le plaisir féminin. Les hommes, tout en la respectant, en voulaient à la première parce qu'elle ne jouissait pas et méprisaient la seconde qui était une « salope » parce qu'elle jouissait – ou plutôt parce qu'ils croyaient qu'elle jouissait. Car cette distinction relève au demeurant du fantasme : il faut être bien aveugle sourd et muet à la réalité des femmes et de leur corps pour croire que les prostituées jouissent !

Paroles d'hommes sur corps de femmes

Je constatais aussi que beaucoup de femmes – surtout quand elles avaient fait peu d'études ou qu'elles étaient pauvres, mais même parmi de plus aisées – n'avaient pas de mots à leur disposition pour se plaindre de leur corps. En parlant avec elles, en les informant sur leur corps, y compris en leur montrant des planches anatomiques, et particulièrement les organes génitaux, un langage s'élaborait.

Je les voyais arriver avec les étiquettes de « frigide » et d'« hystérique » et je découvrais, comme le découvrent toutes les gynécologues, qu'elles avaient des corps à la fois robustes et exposés à des variations hormonales mensuelles, à des maternités ainsi qu'à des doubles journées de travail. À la fois leur corps tenait le coup, et on n'avait jamais écouté ce qu'elles avaient à dire. Elles n'avaient pas non plus la parole sur leur corps, ce sont les hommes qui parlaient à leur place.

Effectivement, à l'opposé de ce que je voyais tous les jours, je continuais à lire chez les psychanalystes que « la femme est le patient type », comme le constatait en 1962 Jean-Paul Valabrega en analysant leurs ouvrages. Pour Freud, l'hystérique était par excellence une femme, alors que le psychanalyste et professeur de psychiatrie Lucien Israël a affirmé, des années plus tard que la majorité des hystéries de conversion se rencontraient chez les hommes (voir encadré)

Cette relation constante qui était établie entre la condition sexuelle féminine et la maladie faisait partie de ce complot contre les femmes. Le statut de malade femme dans la société est un statut qui n'a jamais été étudié avec objectivité. Heureusement, tout ce qui a été dit autrefois sur le corps des femmes est en train de changer – à une allure variable selon les domaines.

« Hystérie » vient du grec qui veut dire matrice (utérus), c'est-à-dire que, depuis l'Antiquité, on a attribué ses symptômes aux femmes avec une connotation défavorable.

L'hystérie recouvre des états très différents : tantôt exagération des plaintes ou des sentiments (théâtralisme), tantôt transformation de la plainte en manifestation du corps avec douleurs exagérées, tantôt préoccupation sexuelle anormale.

Les femmes étaient accusées dans l'Antiquité, et jusqu'à aujourd'hui, de troubles sexuels : insuffisance, frigidité ou excès de libido. Ceci traduisait la tragique méconnaissance de la sexualité et de la sensibilité féminines. C'est une preuve de plus de ce « complot » contre les femmes dont je parle à plusieurs reprises dans ce livre.

L'hystérie de conversion, elle, est la transformation d'un état psychique incertain et fragile en symptômes de douleurs corporelles sans lésions physiques diagnosticables. Elle se voit beaucoup plus fréquemment chez les hommes que chez les femmes, peut-être parce qu'ils savent moins utiliser les mots pour en parler que les femmes. Peut-être aussi parce que ce n'est pas assez « viril » d'avoir une plainte dans lésion organique.

Comme nous le verrons dans le chapitre sur la sexualité masculine et la psychosomatique sexuelle, l'éjaculation précoce, l'impuissance ou même une simple panne transitoire de l'érection provoquent un état de panique chez les hommes, qui en font un drame. Ils se précipitent chez les sexologues qui abondent dans leur sens trop souvent et qui, devant l'urgence, prescrivent des médicaments qui vont confirmer dans l'esprit des hommes qu'il s'agit d'une maladie que l'on soigne par des pilules.

Exagération, plaintes, anxiété : l'aspect dramatique évoque l'hystérie, sans qu'on ose le dire trop à l'heure actuelle d'autant plus qu'il y a des cas variés et des hommes raisonnables qui acceptent une vision d'ensemble de leur état. Pour d'autres, hélas, un état hystérieforme se constitue : « Je suis comme mort », disent beaucoup d'entre eux, lors d'une panne sexuelle. Cet état s'accompagne de symptômes psychosomatiques généraux (douleurs précordiales, dépression, fatigue, etc.). Ils s'accrochent à l'idée qu'ils ont une maladie « organique » dans leur appareil génital et sexuel. Comme autrefois dans les états hystériques, patients et médecins sont complices pour prescrire force examens de laboratoire, hormonaux et autres ; dans la grande majorité des cas, ils sont inutiles et la vraie souffrance persiste.

Revalorisation par le médecin

C'est pourquoi la revalorisation par le médecin joue un grand rôle en contrebalançant cette infériorisation sociale des femmes. La plupart des femmes qui sortent de mon cabinet après quelques séances ont le regard qui brille et se sont redressées, tout simplement parce qu'elles se sont senties reconnues et valorisées. Un dialogue aisé et une bonne relation avec son médecin permettent à la femme de faire part de ses doutes, d'oser dire des choses dont elle n'est pas sûre, sur le plan du corps comme sur celui de la sexualité. Dans ce climat de confiance, elle peut mentionner des symptômes débutants – ce qui va dans le sens d'un dépistage et d'une prévention plus efficaces.

L'identification de femme à femme, avec une professionnelle qu'elles respectent, donne aux femmes une bonne image d'elles-mêmes et elles se sentent en confiance. Parce que celle-ci représente un refuge, un abri, une revalorisation de leur corps, elles osent lui dire ce qu'elles n'osent pas dire à un médecin homme.

Aujourd'hui, les femmes savent par exemple ce qu'elles perdraient si les gynécologues de ville devaient disparaître. Pourquoi, entre 1999 et janvier 2001, plus d'un million et demi de Françaises ont-elles signé la pétition pour la défense de ces gynécologues? (Encore un exemple, tout à fait actuel, de paroles d'hommes sur le corps des femmes : les conseillers – hommes – du ministère de la Santé estiment que ce qu'il faut aux femmes, ce sont des obstétriciens et que la gynécologie actuelle est une « médecine de confort ».)

La révolution de la contraception – la libération par la connaissance du corps

Bref, dans ces années cinquante, tout était noir du côté de la sexualité des femmes. Mais pas complètement... Il y avait heureusement le sourire de celles qui venaient dans mon cabinet, une fois dépassés les premiers masques de peur, d'émotion et de honte. Et, dans la société, des lueurs d'espoir apparaissaient. Des recherches ont commencé à être menées. En 1953, *Le Comportement sexuel de la femme américaine* de Kinsey, la première étude objective sur le sujet, a montré notamment que la plupart des femmes parvenaient à l'orgasme par caresses du clitoris. Cela m'a permis de déculpabiliser les femmes dites clitori-

diennes, en réhabilitant l'orgasme clitoridien. Les deux décennies suivantes furent d'ailleurs marquées par la résistance acharnée des tenants de l'« orgasme vaginal » contre ceux, et surtout celles, de plus en plus nombreuses, qui défendaient la réalité de l'« orgasme clitoridien ».

Dans les années cinquante et soixante, dans les pays riches les rôles des femmes évoluaient ; elles commençaient à entrer dans l'espace public et, progressivement, à accéder au statut de sujet par l'accès aux études, à un travail salarié, à la liberté de déplacement ; et sur le plan légal, si important, elles s'émançaient progressivement de la tutelle du « chef de famille ».

Un événement historique est venu accélérer le changement de la relation des femmes à la sexualité : l'accès à la contraception.

Venue d'Angleterre et des États-Unis, la contraception s'est répandue en France comme une lame de fond. Les premières consultations se sont faites en marge de la légalité, mais la demande des femmes était irrésistible. Elles affluaient dans les deux premiers centres de Planning familial, créés à Grenoble et à Paris à la fin des années cinquante, qui sont vite devenus des foyers de réflexion et de révolte. On franchissait les interdictions avec une audace et une allégresse qui nous venaient de la confiance et de la demande de nos clientes.

En quelques années, avant la loi Neuwirth, le Planning est passé à des dizaines de milliers d'adhérentes, dont un certain nombre d'hommes. L'opinion publique était en avance sur les politiques et sur l'Ordre des médecins, qui a résisté autant qu'il a pu – son avocat, Maître Mocquot, affirmait en décembre 1965 dans le *Bulletin de l'Ordre* : « La contraception n'est pas du ressort médical » ! Tandis que les pouvoirs publics ont attendu 1973, soit six longues années, pour promulguer les décrets d'application de la loi Neuwirth, votée en 1967, qui légalisait la contraception. Pour moi, ces résistances étaient un véritable attentat à la démocratie et à la santé publique et une preuve de plus du mépris où étaient tenus les besoins criants des femmes, et par contrecoup, ceux des hommes.

Engagée au Planning familial, je me suis perfectionnée en Angleterre dans la formation de conseillers conjugaux et j'ai monté, avec le psychiatre Jean-Jacques Prévost, le premier groupe de formation, de type Balint, pour les conseillères familiales, appelées jusque-là hôtesses d'accueil. Avec enthousiasme, je constatais l'efficacité de leur travail auprès des consultantes : par un phénomène d'identification et de résonance, des femmes écoutées sur leur vie sexuelle par d'autres femmes prennent

confiance en elles-mêmes et se déculpabilisent. Pour la première fois, les femmes trouvaient une « consultation » en dehors des médecins et des psychanalystes. Cette démarche originale était révolutionnaire dans sa remise en cause du pouvoir médical – elle fut d'ailleurs vécue comme menaçante par certains psychologues et médecins.

Au-delà de la maîtrise de leur fécondité, la contraception a aussi donné confiance aux femmes en leur permettant de se connaître. Elles venaient pour obtenir une contraception et elles osaient poser au gynécologue, à moi et à d'autres, des questions sur leurs difficultés sexuelles – dont elles s'accusaient elles-mêmes. Dans les cabinets des gynécologues, les femmes ont vu des planches qui représentaient les organes sexuels ; les commenter en faisant le lien avec leur trouble présent était d'une grande utilité

À l'époque, les capes et les diaphragmes étaient (ils le sont encore) largement utilisés en Grande-Bretagne. Il s'agissait de différents types de préservatifs féminins en caoutchouc, à introduire au fond du vagin pour empêcher le passage des spermatozoïdes dans l'utérus. Ces contraceptifs purement mécaniques donnent à la femme une indépendance totale par rapport au médecin et au règne de l'industrie pharmaceutique, qui se traduit par un sentiment énergisant d'autonomie et de liberté. Malheureusement, en France, ces contraceptifs mécaniques ont été balayés par les pilules, beaucoup plus rentables pour les laboratoires qui en ont inondé le marché. De plus, les médecins français, n'ayant pas été formés à la pose des diaphragmes, les ont ignorés, préférant la prescription de pilule qu'ils devaient juger plus « noble » et restant dans la tradition médicale de l'ordonnance.

Avec les capes et les diaphragmes, les femmes ont appris à ne plus redouter de toucher leur corps ni leur vagin, franchissant là un tabou (pré)historique. Ces gestes n'étaient pas anodins et étaient rendus possibles grâce aux explications patientes et « sororales » de leurs gynécologues qui, sauf exception, ont été généreuses d'explications. Elles ont fait l'éducation des femmes, d'abord sur le plan anatomique et petit à petit sur le plan de la physiologie, de l'ovulation et du cycle menstruel. Moi-même j'y passais beaucoup de temps et je voyais le passage de l'information et du « vu » au « vécu » du corps et l'enrichissement qu'il provoquait.

« C'est la première fois que je n'ai pas honte d'être une femme »

Je constatais combien la connaissance de leur propre corps par les femmes avait d'importance. Elles cessaient de s'en éloigner et changeaient à vue d'œil. Je me souviens de cette femme ingénieur, mère de sept enfants, dont les deux derniers n'étaient absolument pas désirés, qui me disait : « Je ne pouvais pas recourir à la contraception parce que je suis catholique. » Avant de mettre un diaphragme, pour lequel elle était d'accord, elle ne pouvait pas toucher sa vulve ni mettre un doigt dans son vagin. La première fois, elle a dit « je n'y arriverai jamais ». J'ai dû rester une heure et demie avec elle... Quelle récompense quand, après avoir su le mettre correctement pour la troisième ou quatrième fois, elle m'a dit, les larmes aux yeux, « c'est la première fois que je n'ai pas honte d'être une femme » ! Cette phrase est un condensé de ce qui a pesé sur la vie de cette femme et de tant d'autres : honte de toucher son vagin, poids des valeurs catholiques contre le sexe. Le tabou de l'éducation contre le sexe a été plus fort contre la réalité vivante d'avoir mis au monde sept enfants.

Avec mes patientes, au fil des années, j'ai commencé à découvrir l'immense soif d'amour des femmes et leur capacité à aimer leurs maris, y compris sexuellement et sensuellement, et particulièrement leur plaisir et leur aptitude à caresser le corps masculin. Mais aussi, parce qu'elles étaient très attachées à réussir leur couple, je découvrais leur peur des conflits et un certain abattement devant la crise conjugale, dû à un manque de confiance en elles.

Avec la contraception, la peur des grossesses avait disparu mais les « difficultés conjugales » étaient toujours là. En schématisant, je dirais que les femmes et les hommes restaient ce qu'elles et ils étaient, c'est-à-dire « clitoridiennes » (donc insatisfaites) pour les premières et ignorants du corps des femmes pour les seconds. Au cours des années soixante-dix, les rôles des hommes et des femmes ainsi que les relations entre les sexes ont commencé à beaucoup changer. Dans la vie sexuelle, les femmes, mieux informées et plus à l'écoute de leur corps et d'elles-mêmes, sont devenues plus exigeantes. Et la question de la responsabilité des hommes dans les difficultés sexuelles a commencé à être posée.

De nombreuses publications donnaient des réponses sérieuses aux questions qu'hommes et femmes se posaient. Le premier livre des Américains Masters et Johnson, *Les Réactions sexuelles*, est sorti en 1966. Il fut suivi des *Mésententes sexuelles et leur traitement*. Le travail de ce couple d'Américains est fondé sur l'étude en laboratoire de la physiologie pendant les rapports sexuels. Grâce à eux, il fut confirmé que le

point de départ de la jouissance féminine est la région clitoridienne, et que les femmes peuvent avoir plusieurs orgasmes coup sur coup. Je suis allée les voir aux États-Unis, tant j'étais enthousiaste, vers 1970.

En 1972, la psychiatre américaine Mary Jane Sherfey publia *Nature et évolution de la sexualité féminine*, traduit en français en 1976, qui apportait des nouveautés fondamentales. On savait que, chez l'homme, le pénis est constitué de corps caverneux et spongieux où afflue le sang au cours de l'excitation, provoquant l'érection. On apprenait ici que, de même, existent chez la femme des corps caverneux qui englobent la racine du clitoris et les régions de part et d'autre du vagin. Le processus d'afflux de sang pendant l'excitation est le même, à cette différence près : bien qu'invisibles, ces corps sont plus importants en taille et d'un contenu plus grand que chez l'homme. C'est pourquoi il faut plus de temps aux femmes qu'aux hommes pour atteindre le niveau d'excitation préorgasme, avec apparition de gouttelettes qu'on appelle la mouillure vaginale. Pénétrer une femme avant cette mouillure, c'est s'aventurer à lui faire mal et donc à interrompre la montée du plaisir.

Qui connaît, aujourd'hui, l'existence des corps caverneux chez la femme et leur importance dans le temps de l'amour ? C'est un nouvel exemple frappant de la méconnaissance des hommes, des femmes elles-mêmes et souvent des médecins sur la sexualité féminine.

En 1975 paraît *Le Bonheur dans le couple*, une version française abrégée de *The New Sex Therapy* d'Helen Kaplan, enrichie de superbes dessins qui représentent différentes positions de l'amour. Je l'utilise toujours, car les femmes et les couples qui viennent me voir continuent d'y apprendre beaucoup de choses.

Combien de malheureuses ont dû se croire frigides jusqu'à la fin de leur vie et sont passées à côté de leur vie sexuelle, parce que personne ne savait leur expliquer ce genre de choses, ni l'expliquer à leurs maris !

Les femmes récupèrent leur corps

Le féminisme, bien sûr, joue un rôle historique de libération des femmes. Les années soixante-dix voient une explosion de la parole des femmes sur tous les sujets. Une multitude de livres font alors non seulement sortir de l'ombre la sexualité féminine, mais la valorisent, la magnifient, la décrivent comme une puissance extraordinaire, transformant radicalement le regard qu'on portait sur elle et libérant les femmes

de la culpabilité. Les femmes revendiquent le droit au plaisir, le droit à l'orgasme. La sexualité des femmes n'est plus l'affaire des spécialistes, des médecins et autres scientifiques, c'est-à-dire des hommes, mais de chaque femme elle-même. Cette longue prise de conscience est marquée par la sortie de *Notre corps nous-mêmes* en 1977 en France (*Our Bodies Ourselves*, publié en 1970 par le Collectif féministe de Boston), qui a été traduit en dix-neuf langues et ne cesse d'être réédité depuis.

Les ouvrages d'analystes américaines et françaises engagées dans la libération des femmes ont également été très importants. Ainsi ceux de Karen Horney (*La Psychologie de la femme*, 1969) et de Luce Irigaray (*Spéculum, de l'autre femme*, 1974, *Ce sexe qui n'en est pas un*, 1977), qui s'attaque notamment à la fameuse « envie de pénis ». Le féminisme m'a donné des lunettes grossissantes pour voir des choses que je ne voyais pas avant.

En 1976, sort aux États-Unis le *Rapport Hite sur la sexualité des femmes*, une vaste enquête menée par Shere Hite auprès de milliers de femmes. Il fait sensation : avec force descriptions minutieuses, il contribue à populariser l'idée de la multiplicité des zones érogènes et de la capacité des femmes à avoir des orgasmes différents et multiples ; il montre aussi à quel point beaucoup d'hommes sont indifférents au plaisir de la femme : rapides, voire brutaux, ils négligent les caresses et plus encore les mots tendres. Un nombre impressionnant de femmes ont lu ce livre ou des comptes rendus de ce livre, surtout dans la presse féminine. Il contribue aussi à faire sortir l'homosexualité de la clandestinité et à dissoudre son halo d'anormalité, et à élargir ainsi la palette de l'amour féminin.

Jusque-là, le corps des femmes appartenait à la société, c'est-à-dire aux hommes ; elles-mêmes se regardaient avec un œil critique en se demandant comment elles allaient être jugées du dehors. Désormais, elles se censurent moins, explorent leurs propres sensations et récupèrent la maîtrise de leur regard sur elles-mêmes sans passer par celui de l'homme.

L'illustration la plus éclatante de ce changement est fournie par les femmes à la cinquantaine qui, il y a trente ans, étaient considérées – et se considéraient – comme vieilles, finies, usées, et qui ont révélé, au fur et à mesure qu'elles se débarrassaient du jugement dévalorisant des hommes et de la société, une énergie sexuelle et vitale incroyable. Dès que j'en ai pris conscience, je n'ai eu de cesse de l'écrire et d'en faire un film avec Éric Duvivier. Leur aspect physique a totalement changé lui aussi, elles sont bien dans leur peau, en forme, élégantes. Malheureusement elles doivent aujourd'hui affronter un nouveau diktat lié au culte

de la jeunesse : l'obligation de paraître vingt ans de moins que la réalité, à coups de liftings et d'opérations diverses et variées sur différentes parties du corps. La vraie liberté pour une personne qui vieillit est de continuer à aimer et à avoir une vie sexuelle, et non pas de succomber à la dictature du « jeunisme ».

Ravisements

« *Je brûle de toutes les flammes qu'attisent en moi les ardeurs de la chair* » : cette phrase d'Héloïse à Abélard me ravit. Elle va tout à fait dans le sens de la jubilation avec laquelle les femmes me parlent de leur vie sexuelle auprès d'hommes qui les acceptent telles qu'elles sont, avec leurs rides et leur corps tel qu'il est. Elles ont une extraordinaire capacité d'énergie quand elles sont en confiance, quand elles n'ont pas un regard réprobateur sur leurs fesses ou leurs seins tombants.

Quand Serge Reggiani ose, dans sa chanson *La Femme qui est dans mon lit*, dire l'amour, le désir et le respect qu'il a pour une femme au corps fatigué, il montre à quel point tous ceux qui méprisent une femme dès qu'elle est ridée et âgée sont « à côté de la plaque » !

Auparavant, les femmes ne connaissaient pas leur corps, ne savaient pas où se trouvait leur clitoris, ni son capuchon, ni la position du clitoris par rapport au vagin, ni la position du col de l'utérus dans le vagin. Aujourd'hui, la plupart savent tout cela, du moins je l'espère...

Elles développent leur capacité à aimer, elles n'ont plus peur par exemple de cultiver des fantasmes. La femme se fait vraiment plaisir quand elle se laisse aller à des fantasmes érotiques, où elle est tout à la fois petite ou grande, maigre ou grosse, avec des rondeurs plus ou moins développées, un beau galbe de reins, où elle fait l'amour avec un homme, ou deux ou plus, ou avec une ou deux femmes...

« Bon narcissisme »

Mais les femmes sont aussi en recherche du côté de leur psychisme profond. Je constate, dans mon cabinet, qu'au-delà de la réussite sexuelle les femmes ont un désir d'harmonie avec un homme, tout en se remettant en question. Elles veulent davantage se connaître elles-mêmes (sans aller trop loin toutefois) et se plaire à elles-mêmes. Si c'est du narcissisme, c'est du bon narcissisme, car c'est un mouvement d'individuation vers l'autonomie qui renforce la richesse des émotions authen-

tiques, la puissance du Moi et par conséquent la confiance en soi. Je vois cette recherche s'accompagner d'un développement de l'attention au corps et du souci de santé. Une femme qui s'accepte et se sent bien dans son corps, c'est une femme qui va se porter mieux.

Toutefois c'est comme si elles avaient fait ce chemin toutes seules, sans être accompagnées par les hommes. Pour beaucoup, ceux-ci continuent de ne pas voir plus loin que le bout de leur sexe. Érection, leur seul souci ! Mais cette préoccupation se trouve dans la partie superficielle de leur être (leur *persona*), parce que dans le fond (leur essence), ils aspirent à la tendresse, à l'intimité et à la chaleur du corps des femmes.

Relation sexuelle, relation amoureuse, vie en couple, mariage, engagement, enfant : on dirait que les hommes et les femmes utilisent un alphabet différent pour parler des mêmes choses. Ils et elles n'ont pas les mêmes attentes, pas les mêmes désirs.

6

LA TYRANNIE DU PÉNIS : LES HOMMES ET LEUR SEXUALITÉ

L'HOMME, POUR LA FEMME QUE JE SUIS, QUELLE ATTIRANCE, QUEL MYSTÈRE, quel appel ! Les hommes mènent le monde, dit-on ; mais quand on les connaît bien, et je crois bien les connaître, on se demande s'ils savent se mener eux-mêmes. Le monde masculin, patriarcal, va de travers : après les millions de morts de la période 1940-1945, les guerres n'ont jamais cessé à travers la planète, Rwanda, Kosovo, Tchétchénie... pour ne citer que les conflits récents. Sur le plan affectif, les hommes sont sur les mêmes rails depuis l'Antiquité, depuis – au moins – que les Grecs et les Romains ont érigé la virilité en valeur suprême, une virilité qui consiste à séduire les femmes et à les utiliser comme objet sexuel. Génération après génération, ils reproduisent les comportements, les lieux communs et les modèles de la culture masculine : ne pas pleurer, ne pas montrer ses émotions, avoir des « gestes d'homme », faire état de nombreuses conquêtes féminines auprès d'autres hommes...

Sauf une minorité d'utopistes et d'hommes ayant un Moi suffisamment établi – inspirés par un élan personnel plus que collectif, et parfois artistes – qui s'accordent le droit d'être eux-mêmes sans se laisser emprisonner dans des rôles obligatoires. Ceux-là sont-ils les précurseurs des hommes de demain, qui seraient plus libres, plus spontanés parce qu'ils oseraient exprimer leur personnalité (et par

exemple leur *Anima*), même si elle ne correspond pas aux stéréotypes de la masculinité ?

Souffrances cachées et profondes

Même les plus grands, les plus évolués, les plus créatifs, qu'on pourrait croire les plus libres, répondent à l'appel du pénis : être un homme, c'est essentiellement être capable d'avoir une érection. Pas pour tous, loin de là, heureusement ! Et la solidarité d'homme à homme est très forte, ils ont une connivence, une complicité incroyable entre eux dès qu'on touche à l'érection. Quand ils ne voient que cela et oublient l'affectivité, la tyrannie que leur pénis exerce sur les hommes est excessive et, à la limite, dangereuse. Ils en sont alors les premières victimes. Cela me choque et me peine. Je déteste voir un homme souffrir, je le sens alors maladroit et empoté (je n'aime pas plus voir les femmes souffrir mais, elles, j'ai envie de les pousser à la révolte). Il est difficile pour les hommes de trouver leur équilibre avec un organe très visible, très extérieur, et d'une certaine manière encombrant. Devant des hommes impuissants qui viennent me consulter, je commence par dédramatiser leur situation en leur affirmant, parce que c'est ma conviction et la réalité, que les pannes sont assez fréquentes et souvent passagères et que l'équilibre revient à condition de ne pas en faire une obsession. En dédramatisant, on peut alors discuter plus librement sur le fond du problème.

Peut-on parler des hommes quand on est une femme ? Si je m'y autorise, c'est parce que de très nombreux hommes, depuis des décennies, sont venus me consulter et me confient leurs difficultés sexuelles. Je constate même qu'ils sont de plus en plus nombreux. Leur souffrance est profonde, et leur demande urgente. Je les vois arriver en général gênés et honteux. Ils ont du mal à dire ce qui les amène. À une écrasante majorité, leurs problèmes sexuels sont l'impuissance et l'éjaculation précoce. Dans moins d'un cas sur dix, ces problèmes sont dus à des causes physiques et dans tous les autres cas, il s'agit de problèmes psychosomatiques, c'est-à-dire provoqués par des émotions diverses : la honte, la colère, la culpabilité, le remords, la peur, le ressentiment... Des émotions qui, souvent, prennent elles-mêmes leur source à la fois dans l'histoire personnelle très ancienne de cet homme, comme nous l'avons vu, et dans les préjugés et lieux communs ambiants.

Bien entendu, je ne peux parler ici que des hommes qui viennent me voir. Quant à l'ensemble des hommes, personne à l'heure actuelle ne

peut dire quel est le pourcentage de ceux qui ne se plaignent de rien, et de ceux qui ont des problèmes mineurs ou passagers mais ne s'en font pas, et ne consultent pas. Les enquêtes qui ont été faites, qu'elles soient françaises ou américaines, ne portent que sur des chiffres restreints ou ont été faites à la suite d'interviews téléphoniques, sans aucune garantie d'authenticité.

Ce qui est sûr, c'est que les hommes ont moins honte qu'avant de parler de leurs problèmes sexuels, et la presse masculine insiste tellement sur les performances sexuelles obligatoires qu'il y a presque une contrainte pour les hommes d'aller consulter. Depuis que les hommes consultent des sexologues – et avant l'apparition de ceux-ci, des gynécologues et des urologues, non formés aux aléas de la sexualité humaine –, on constate que les difficultés sexuelles des hommes sont aussi nombreuses, sinon plus, que celles des femmes. On découvre la multiplicité des insuffisances sexuelles chez les hommes, autrefois passées sous silence et camouflées par le fait que leurs femmes ne se plaignaient pas. Un camouflage qui était entretenu par le recours aux prostituées, précisément payées pour nourrir l'illusion que tout allait bien.

L'érection, un mécanisme ultrasensible

On ne le dira jamais assez, aux hommes comme aux femmes : l'érection est un mécanisme ultrasensible. Le pénis en érection est un organe susceptible. Une pensée contrariante, une simple parole prononcée sur un ton moqueur peut suffire à faire débâter un homme sensible. En outre, la peur de l'échec entraîne l'échec, surtout dans le cas de l'éjaculation précoce qui, plus souvent que l'impuissance, a tendance à se répéter une fois qu'elle a commencé à se manifester. L'homme entre alors dans un cercle vicieux car plus son niveau d'exigence est élevé, plus l'érection est fragile.

Les hommes se sentent insécurisés si la femme n'est pas admirative ou amicale avec leur pénis (un souvenir du temps où leur maman s'extasiait devant celui-ci?). Ce qui me frappe beaucoup aussi, c'est à quel point les hommes, en tout cas ceux que je vois, sont sensibles aux stéréotypes et au discours ambiant, alimenté par certains médias et des sexologues masculins en vogue, qui survalorisent l'érection. Ces hommes se croient alors insuffisants (les femmes aussi sont sensibles aux discours des médias, mais pas autant, parce que leur révolte contre

des comportements obligatoires a déjà commencé). Être si influençables veut bien dire qu'il y a chez les hommes, au départ, une incertitude et un manque de confiance. De plus, ils n'ont aucun point de repère pour comparer la nature et le potentiel de leur érection avec ceux des autres hommes, puisqu'ils se confient peu entre eux, et que les cours dits d'éducation sexuelle, dispensés par des professeurs de sciences naturelles eux-mêmes mal renseignés, font silence sur le vécu physique et affectif du rapport sexuel : par exemple, sur la très grande variabilité d'une érection à l'autre, d'un orgasme à l'autre, d'un jour à l'autre, chez le même homme, selon la relation qu'il a avec la femme.

Cette ignorance peut pousser certains hommes à recourir à des traitements tels que le Viagra, parce qu'ils croient qu'ils ont une insuffisance sexuelle, alors qu'ils sont raisonnablement puissants.

En même temps, le fait que les causes de ces difficultés soient essentiellement psychosomatiques est un réel facteur d'espoir, cela veut dire qu'il est possible d'envisager une amélioration, voire une disparition du problème. Le mécanisme de guérison peut se faire rapidement si la confiance est là, d'abord entre le thérapeute et le patient, puis entre le patient et sa partenaire.

L'impuissance

C'est un bel homme, grand, souriant, le regard à la fois anxieux et rieur. Magasinier à l'atelier de mécanique à l'usine, il est entré dans mon bureau un peu gauche. Il ne sait pas comment commencer.

« Excusez-moi de venir vous voir pour ça, et pourtant c'est trop lourd, je ne peux pas rester comme ça : je suis devenu impuissant. Voici l'histoire : depuis quelques mois, une des femmes de l'atelier de mécanique, jolie, me "fait du gringue". J'ai toujours résisté. Je suis marié et j'aime ma femme et mes quatre enfants de tout mon cœur. Et puis j'ai des principes. Même si je ne pratique pas beaucoup, je suis croyant et ma famille, c'est sacré. Alors voilà : un jour, quand même, j'ai fait rentrer cette femme dans le réduit qui est à côté de mon magasin et nous avons eu un rapport. À ce moment-là, mon chef d'atelier est entré, lui qui ne vient jamais au magasin ! Il nous a vus et j'ai eu honte. Je n'ai pas continué avec cette femme, mais, depuis, chez moi, avec ma femme, je n'y arrive plus. J'en perds le sommeil. Comment "cette chose-là" peut-elle m'arriver à moi ? J'ai toujours été normal de ce côté-là, et ça a toujours bien marché avec ma femme ! Je ne comprends pas. »

Dans ce cas, la honte d'avoir été surpris autant que la culpabilité vis-à-vis de sa femme et de sa foi ont été les facteurs provoquant l'impuissance. Que dire devant le chagrin de cet homme ? Des choses aussi simples que vraies : « Mais ce n'est pas grave, c'est arrivé à tous les hommes ! En tout cas, cela ne vaut vraiment pas la peine d'en faire une maladie. » Il m'a crue. Je lui ai demandé de revenir la semaine suivante. Il est arrivé détendu et souriant : son impuissance avait disparu.

Rien de miraculeux là-dedans, et je pense que tous les médecins ont dû rencontrer de tels cas. L'érection et le durcissement de la verge sont un automatisme spontané, une traduction naturelle de l'excitation et du désir sexuels. Cet homme-là aimait sa femme et, à partir du moment où il a été rassuré, l'érection est revenue naturellement. Pour lui, je devais probablement représenter une autorité, soit de même niveau que celle de son chef, soit même supérieure. J'avais aussi, avec le temps, acquis à l'usine la réputation que l'on pouvait me parler de « ça ». La dédramatisation venant de ma part a donc opéré. Mais, en plus, le fait d'être une femme, comme sa femme, a sûrement joué aussi. En lui disant, avec toute l'autorité de ma fonction, « ce n'est pas la peine d'en faire une maladie », il y a eu en quelque sorte un pardon de la part d'une femme. Une fois de plus, je constatais à quel point la relation qui s'établit entre le malade et le médecin conditionne l'évolution de la maladie psychosomatique.

Dans ce cas, l'impuissance était due à la honte et à la culpabilité. Bien d'autres causes peuvent être à l'origine d'une impuissance, dont des facteurs extérieurs comme le chômage, la mise en retraite anticipée ou des difficultés au travail à cause du mauvais caractère, voire du sadisme, d'un supérieur – en somme, toutes les causes de dévalorisation, ce qu'on peut appeler le harcèlement moral.

De même, le deuil entraîne une culpabilité de survivre au disparu, renforcée par le fait de retrouver le plaisir avec quelqu'un d'autre, culpabilité qui provoque une dépression, toutes deux génératrices d'impuissance.

Deuil d'une femme, deuil de l'érection

Âgé de soixante ans, il vient pour une impuissance qu'il ne comprend pas et n'accepte pas. Son généraliste l'avait d'abord envoyé dans un service d'urologie. Cet artiste est en bonne santé, a toujours beaucoup travaillé et a vécu avec une femme qu'il aimait et avec qui il n'a jamais eu le moindre problème, ni affectif ni sexuel. Malheureusement, elle est morte brutale-

ment il y a deux ans. Il a vécu une année entière prostré, bien que très entouré par ses amis, et a développé de l'hypertension.

Il s'est aperçu de son impuissance il y a un an, lorsqu'il a rencontré une femme de cinquante-deux ans à laquelle il tient beaucoup. Il a plaisir à la caresser et à lui donner du plaisir, mais il n'a pas d'érection. Il me dit d'abord que c'est elle qui se plaint de son manque d'érection à lui, parce qu'elle pressent qu'elle ne pourra vraiment « garder » cet homme que lorsqu'il aura une érection avec elle. Sa démarche à lui est donc dictée par la peur de perdre cette femme, mais aussi par une préoccupation personnelle, corporelle, qui n'apparaîtra que deux ou trois consultations plus tard, la peur que sa santé physique et psychique soit altérée.

Je lui dis qu'une femme, si elle a un orgasme clitoridien, peut très bien accepter l'« impuissance » d'un homme, c'est-à-dire l'absence d'érection car, par ailleurs, il n'est pas du tout impuissant, ni dans ses manifestations de tendresse ni dans son travail. Au détour d'une question, il me répond que, quand il est avec son amie, il pense à sa femme. C'est comme s'ils étaient trois, et son amie le sent. C'est pourquoi, selon elle, une érection dure et longue lui garantirait qu'il lui appartient à elle seule.

La relaxation, qu'il poursuit avec ténacité environ deux fois par mois, lui fait beaucoup de bien, y compris dans son travail. Au bout de six mois, son érection est plus longue, mais ce n'est pas encore assez pour lui.

Quand j'évoque la diminution du taux de testostérone à partir de soixante ans, qui entraîne une baisse érectile, il ne semble pas du tout convaincu. Toutefois, l'intérêt de lui faire part de ces chiffres, c'est qu'il commence à accepter une sorte de fatalité. Car un des buts de la thérapie sexuelle consiste aussi à remettre les gens dans le réel, devant la réalité biologique, et de les sortir de la norme imposée de la performance.

Même si une culpabilité sous-jacente influait sur son érection, la rencontre avec sa nouvelle compagne a sorti cet homme de sa dépression. Son hypertension s'est stabilisée, ses maux de tête ont disparu et il a retrouvé le goût de vivre, preuve de l'importance d'une relation sexuelle pour une vie équilibrée. Quand je dis « relation sexuelle », je veux dire une intimité qui n'est pas forcément accompagnée d'érection. Masters et Johnson, qui ont travaillé avec des milliers de couples, ont été les premiers à dire que ce qui comptait pour leur avenir, c'était l'intimité plus que le rapport sexuel.

Je suis frappée par le désir de cet homme de retrouver une érection comme avant et, surtout, par la volonté de sa compagne qu'il ait une érection plus longue. Elle veut le garder plus longtemps *en elle* pour le

garder plus longtemps avec elle. Elle cherche la sécurité du lien et c'est pourquoi c'est elle qui attache le plus d'importance à ce qu'elle croit être la preuve qu'elle le « possède » : l'érection.

C'est une croyance fautive : l'érection ne lui manque pas physiquement pour avoir un orgasme, mais parce qu'elle est influencée, comme la plupart des gens, par l'idéologie dominante qui martèle inlassablement que l'érection est la garantie du bonheur, du plaisir sexuel de l'homme et de la femme et la preuve de la virilité.

Hommes et femmes sont, ainsi, prisonniers d'un tissu de fausses croyances qui s'entremêlent d'un sexe à l'autre et qui les rendent malheureux. Leur malheur s'accompagne d'une dévalorisation du corps, à la limite parfois de la dépression.

L'éjaculation précoce

L'éjaculation précoce est le pain quotidien des sexologues. C'est un cas de psychosomatique sexuelle par excellence car, d'une part, il met en jeu le caractère de l'homme, c'est-à-dire sa personnalité, ainsi que ses antécédents familiaux et son attitude depuis l'enfance vis-à-vis des femmes et, d'autre part, il existe au plan somatique une hypersensibilité de la peau du prépuce en même temps qu'un mauvais équilibre vago-sympathique (parasymphatique et sympathique).

C'est un problème dont on parle depuis une trentaine d'années. Sa fréquence a été rendue plus visible par l'arrivée de la contraception, qui a supprimé la nécessité de recourir au coït interrompu. L'obligation de « se retirer » très vite pour éviter une grossesse masquait l'éjaculation précoce. Par ailleurs, l'apparition de la sexologie et d'une littérature consacrée aux problèmes sexuels en a fait un vrai problème dont les hommes n'ont plus honte de parler.

L'éjaculation précoce est un exemple type de la façon dont les préjugés sur la « virilité masculine » et ses règles de performance imposée aux hommes, en l'occurrence celle d'une érection obligatoirement longue, se retournent contre eux pour leur imposer des objectifs inatteignables ou faux. Pour peu qu'un homme soit incertain dans sa sexualité, des railleries sur ses « défaillances » vont avoir des effets ravageurs et aggravants.

L'éjaculateur précoce...

Les éjaculateurs précoces sont beaucoup plus nombreux qu'on l'imagine. Ce sont généralement des hommes timides qui ont peur des femmes parce qu'ils ont été des petits garçons qui ont eu peur de leur mère – ce qui n'empêche pas qu'ils l'aimaient aussi, nous avons vu comment l'amour et la haine peuvent coexister. En général, ces hommes vont choisir des femmes autoritaires, y compris à leur insu : ils épousent des femmes qu'ils pensent être douces et faciles, mais qui se révèlent ensuite plus ou moins dures, en tout cas autoritaires et directives, et ils voudraient briller devant elles.

... et sa femme

S'il y a un profil d'éjaculateur précoce, il existe aussi un profil de la femme d'éjaculateur précoce. Il y a des tas d'hommes qui, avec un autre type de femme, ne seraient pas catalogués « éjaculateurs précoces »... Et donc ne le seraient pas ! Je reviens sur le couple formé par l'éjaculateur précoce et sa femme dans le chapitre sur les couples, p. 134.

Les sexologues ont longtemps recommandé les consignes de Masters et Johnson sur l'éjaculation précoce. Ceux-ci ont élaboré une manœuvre de désensibilisation du pénis et de reconditionnement à la réussite sexuelle, la « technique du *squeeze* » : il s'agit d'une technique de compression du pénis par la femme, qui fait retomber la première érection. La manœuvre est à répéter quatre ou cinq fois, et c'est ensuite que l'érection peut durer, comme si le pénis s'était habitué à l'image de la pénétration et que sa sensibilité excessive était émoussée par les manœuvres successives. Méthode qui a eu du succès un certain temps, mais qui n'a plus autant de prescripteurs qu'avant parce qu'elle est fastidieuse pour les femmes et pour les hommes, et même un peu humiliante pour eux.

C'est l'exemple d'un traitement qui, tout en dédramatisant, montre au couple qu'il ne s'agit pas d'une maladie mais d'un comportement inadéquat, et enlève toutes les idées et fantasmes de « mauvais appareil génital », de « mauvais pénis », etc. Si cette méthode est conseillée, c'est parce qu'un certain nombre de sexologues, malheureusement, n'ont pas de formation psychologique et ne mesurent pas l'importance du rapport de forces inconscient dans le couple ; ils se limitent à la prescription du *squeeze* ou autre « truc ».

L'éjaculation précoce ne veut pas dire absence de plaisir. Le plaisir de l'homme ne dépend pas de la durée de son érection, mais de ce qu'il

ressent quand il éjacule. Or, ce plaisir peut être très intense y compris avec une éjaculation précoce – à condition que l'homme ne culpabilise pas et qu'il soit compris et aimé de sa femme. C'est, encore une fois, le climat autour de la rencontre sexuelle qui compte. Je ne le répéterai jamais assez : l'idée de performance est une idée toxique pour le bonheur dans le couple.

Il existe d'autres problèmes dans la sexualité masculine, mais je m'empresse de préciser qu'ils sont rarissimes : l'absence d'éjaculation, qui est un trouble également psychosomatique, mais plus profond. La rigueur de l'éducation et les idées religieuses sont des facteurs qui jouent un grand rôle dans l'inhibition. Selon Masters et Johnson, l'absence d'éjaculation est la forme extrême de la répression du plaisir. Ces deux auteurs, en onze ans de pratique, n'ont traité que sept patients atteints d'absence d'éjaculation, et moi-même je n'en ai rencontré que deux. De même, des cas d'éjaculation douloureuse ont été rencontrés, mais ils sont également très rares.

Que dit la biologie hormonale de l'homme ?

On dispose de très nombreuses études sur la sexualité masculine et l'éjaculation précoce, l'impuissance primaire ou secondaire, l'éjaculation douloureuse, l'éjaculation retardée et l'anéjaculation. Mais ces souffrances ont été abordées et traitées sous un angle purement somatique et médicamenteux. La plupart du temps, il manquait à ces travaux la prise en compte des conflits psychologiques et la dimension de l'inconscient. La psychanalyse, elle, n'a voulu voir que les causes venant de l'inconscient et les conflits refoulés. Entre ces deux extrêmes – le corps seul ou la psyché seule –, il n'y a pas eu d'approche psychosomatique ni de traitement par d'autres formes de psychothérapie, sauf l'approche comportementaliste associée à une analyse de la situation du couple.

Les approches purement physiques ont montré leurs limites. Dans un très petit nombre de cas, peut-être 10 %, peut-être 12 %, les dosages hormonaux peuvent montrer une insuffisance de testostérone. Cette hormone mâle joue un rôle dans le désir sexuel plus que dans l'érection, mais les deux étant souvent liés, on peut constater une légère amélioration de l'érection par de petites injections de testostérone dans ces cas-là, qui sont rares. Mais la testostérone a ses limites à cause de ses effets secondaires dans le temps.

Chez les hommes, le taux de testostérone fluctue entre 300 et 1 000 nanogrammes par litre de sang. Ce taux reste relativement stable jusqu'à soixante ans, puis décroît doucement (alors que chez les femmes la production d'hormones sexuelles s'arrête assez brusquement, sur deux ou trois mois lors de la ménopause). À l'intérieur de ces limites, il n'y a aucune corrélation entre le taux de testostérone et la libido ou puissance sexuelle. Pourtant, un certain nombre de sexologues ont eu, et ont encore, recours à cette hormone.

J'ai reçu beaucoup d'hommes, dont certains avaient été traités par des sexologues connus, à qui on avait prescrit de nombreux dosages hormonaux ayant entraîné des dépenses de laboratoire de plusieurs milliers de francs, qui n'avaient pas résolu leur problème (c'est pour cela qu'ils venaient me voir) et qui, de toute évidence, présentaient des cas d'impuissance psychosomatique. Parfois, pour ne pas se remettre en question, le patient veut croire à la cause physique de son problème, et le médecin se garde bien de le détromper parce qu'il lui est plus facile de prescrire médicaments et analyses que de prendre le temps d'écouter son patient. Frais pour le patient, frais pour la Sécurité sociale, et surtout, déception humaine considérable.

Il n'existe pas de philtre d'amour

La découverte du Viagra, drogue vasodilatatrice, qui s'est faite au cours d'une recherche en cardiologie, a donné de faux espoirs, voire des intolérances. Il existe pour le Viagra des contre-indications précises, comme pour la pilule, et les effets secondaires sont peu fréquents et sans gravité. Il faut savoir le prescrire : il existe trois dosages, 25, 50, et 100 mg, et dans tous les cas il ne faut pas dépasser la dose de 100 mg par jour.

Le Viagra est intéressant dans des cas bien précis : bien prescrit, ce vasodilatateur compense sans risque des petits troubles vasculaires chez les hommes âgés dont la libido est conservée. Ils corrigent des petites dysharmonies sexuelles de couples où l'affectivité reste intacte. La confusion à ne pas faire, c'est de croire que le Viagra va remplacer la libido défaillante, l'absence de désir et même l'amour. Le Viagra n'est pas un philtre d'amour.

Par rapport aux améliorations, réelles mais modestes, que ce médicament peut apporter aux hommes qui souffrent, l'arrivée du Viagra en France il y a quelques années a suscité une folie médiatique complètement

disproportionnée. Un intérêt à mettre sur le compte, là encore, de l'obsession des hommes pour l'érection! Surtout que, dans cette avalanche d'articles, pas un mot, ou si peu, sur les femmes. Celles-ci sont beaucoup moins enthousiasmées par le Viagra: certaines m'ont confié qu'elles en avaient surtout retiré une irritation vaginale en raison de la turgescence plus importante du pénis, d'autant plus que la source principale d'excitation sexuelle chez la femme est située au niveau de la région clitoridienne. Et, chez les hommes eux-mêmes, le Viagra ne fait qu'accroître la taille de leur pénis – ce qui leur procure une satisfaction évidente – mais il n'augmente ni leur désir ni leur plaisir sexuels.

Confusion entre virilité et potentiel érectile

Un des nœuds du problème des hommes est la confusion qui est faite entre virilité et potentiel érectile, une confusion encore aggravée à notre époque où la virilité ne sait plus trop où s'incarner.

Autrefois, la virilité s'inscrivait dans le statut social et dans toute une gamme de comportements « masculins » qui sont aujourd'hui considérés machistes et inacceptables. À partir des années soixante-dix, la situation des hommes s'est mise à changer de façon rapide et irréversible. L'explosion du féminisme moderne a mis en évidence, et m'a permis de comprendre, la résistance des hommes au changement, qu'elle soit revendiquée ou inconsciente. Fondamentalement, je voyais alors la même situation qu'aujourd'hui: des hommes tiraillés entre, d'une part, des images traditionnelles d'hommes et de femmes de la génération de leurs parents et, d'autre part, les nouveaux modèles de relations entre les sexes imposés par les profonds changements de la société – le travail et l'émancipation des femmes, les connaissances plus grandes sur la psychologie, la fécondité et le corps des femmes ainsi que la prise de conscience, par celles-ci, de leur réalité sexuelle et des lieux de leur jouissance.

Autrefois, quel que fût son caractère, sa force, sa richesse ou son statut, son physique avantageux ou disgracieux, un homme occupait d'office la position dominante. Il était, en fait et en droit, le *pater familias* qui devait assurer la subsistance de sa femme et de ses enfants et qui, en contrepartie, avait toute autorité sur eux. Aujourd'hui, l'égalité entre les sexes étant inscrite dans le droit, l'homme ne peut plus compter sur la structure sociale qui était, garantissait et protégeait cette position dominante. Pour attirer l'attention, plaire, séduire, se faire aimer, ou

obéir, ou respecter, il ne peut plus compter que sur ses ressources personnelles, et la qualité de la relation avec sa partenaire acquiert une plus grande importance. L'homme qui a un caractère introverti, peu sûr de lui, timide ou craintif, ou peu fortuné, se trouve alors particulièrement démuné.

« Sois fort et tais-toi »

De plus, alors qu'ils sont socialement en phase descendante, les hommes se retrouvent face à des femmes qui, elles, font le chemin inverse : de soumises et dépendantes, elles sont devenues égales (au moins en droit) et indépendantes (aujourd'hui en France, les femmes sont plus de 45 % de la population active). Elles ont les pieds sur terre à cause de, et grâce à, leurs responsabilités familiales. Les hommes souffrent d'un handicap supplémentaire : ils sont plus déstabilisés que les femmes par leurs émotions. Pendant que l'on serinait aux femmes « Sois belle et tais-toi », ne répétait-on pas aux hommes « Sois fort et tais-toi » ? Ils ont appris à se blinder, à faire taire leur voix intérieure, à ne pas être à l'écoute de leur être intime.

À la maison, les hommes sont obligés de composer avec la volonté et les désirs de leur femme, sinon ils risquent de se retrouver seuls. Il y a seulement trente ans, en cas de mésentente et de disputes conjugales, bon nombre d'entre eux auraient frappé leur femme, alors qu'aujourd'hui les femmes n'hésitent pas à les quitter. Dans leur vie professionnelle, ils subissent la souffrance et le stress important qui caractérisent le monde du travail aujourd'hui. Et s'ils se retrouvent sans emploi, cette perte de statut les affecte d'autant plus profondément qu'elle vient en contradiction totale avec l'image traditionnelle, encore vivace, de l'homme responsable qui assure la subsistance de sa famille. D'ailleurs, le chômage est un important facteur d'impuissance sexuelle chez les hommes. Enfin, si la fonction paternelle s'est enrichie sur un plan affectif, elle s'est appauvrie symboliquement : le père a perdu son autorité absolue, qu'il doit désormais partager.

Rien d'étonnant, donc, à ce que les hommes ne sachent plus trop où ils en sont. C'est comme si on attendait d'eux tout et son contraire. Car, si les femmes souhaitent partager avec eux les décisions, et les voir partager avec elles les tâches ménagères, elles veulent aussi pouvoir poser leur tête sur une épaule solide et rassurante. Bref, les hommes doivent être tout à la fois des maris qui assurent, des pères attentifs, des

amants attentionnés, des copains sympathiques ! Et en même temps, malgré l'évolution en cours, les valeurs dominantes continuent de véhiculer l'obligation pour les hommes d'être les plus forts, les placent en compétition entre eux et les poussent à vouloir, encore, dominer les femmes.

Bien évidemment, cette situation instable et perturbante ne va pas sans conséquences pour la vie amoureuse et sexuelle des couples.

Je bande donc je suis ?

Qu'est-ce qui reste alors à un homme pour faire de lui « *un homme, un vrai* » ? Son pénis, pense-t-il. Et en érection si possible, pour qu'il n'y ait aucun doute. « *Je bande donc je suis un homme, donc je suis.* » Il semble que l'érection soit fantasmée par les hommes comme LA preuve qui leur permettrait de lever les doutes intérieurs sur leur masculinité et de faire taire leurs peurs : peur de ne pas contrôler une relation, de ne pas maîtriser sa vie, peur d'être faible, de ne pas être un vrai homme, de passer pour un homosexuel, d'être une femme...

La confusion entre virilité et potentiel érectile est particulièrement exacerbée dans les violences sexuelles, que je combats depuis de longues années, et sur lesquelles je reviens plus loin.

Construction de l'identité sexuelle masculine

Dans beaucoup de cultures, la femme qui a un enfant mâle a plus de prestige que celle qui n'a que des filles. Cela peut expliquer la fierté et l'amour immense d'une femme envers son petit garçon, et son transfert sur son petit garçon de tout ce qu'elle n'a pas réalisé, elle. Le bébé n'est pas sans percevoir qu'il occupe une place de choix dans le cœur, dans l'âme et les bras de sa mère. En tout cas, il sait, il sent que cette place, c'est l'extase et la sécurité totale.

L'amour de la mère pour son nouveau-né mâle va être modulé par son passé, son histoire à elle et ses histoires avec les hommes, mari, père, grand-père, oncle... Et aussi par les représentations qu'elle a de la place de l'homme dans la société par rapport aux femmes.

Pour Robert Stoller, le sentiment d'appartenance au sexe masculin n'est pas donné : on ne naît pas homme, on le devient. Le nourrisson vit en état de symbiose, de fusion avec sa mère et il reçoit l'empreinte de sa

féminité. Pour le garçon comme pour la fille, l'identification primaire a bien lieu avec la mère, c'est pourquoi la relation à la mère est fondamentale dans la sexualité de l'homme comme de la femme. La plupart des petits garçons se construisent tout en s'éloignant progressivement de leur mère, surtout s'ils ont la chance d'avoir un père présent et chaleureux, pratiquant un bon *holding* et *handling*. C'est pourquoi plus le père prend tôt sa place auprès du bébé et mieux c'est, dès les toutes premières semaines.

L'entente affective et sexuelle des parents joue un rôle positif pour le développement du petit garçon. C'est-à-dire dans sa façon d'aborder la fameuse angoisse de castration quand, vers trois ans, trois ans et demi, un peu avant ou un peu après selon les enfants, il va désirer sexuellement sa mère. C'est le fameux complexe d'Œdipe : d'après Freud, le garçon a peur de la castration par le père s'il désire sa mère. Là se renforce l'ambivalence vis-à-vis du père, à la fois admiré et haï.

S'il ne dépense pas trop d'énergie dans sa lutte pour dépasser la peur de la castration, le petit garçon pourra d'autant mieux se consacrer à sa socialisation et à son intégration affective dans son milieu scolaire, en reportant une partie de sa libido vitale sur les maîtres et l'entourage des petits copains et copines.

Il n'est pas rare que la mère maintienne la symbiose avec son petit garçon et reste très présente. Certaines mères se laissent séduire par ce petit pénis qu'abusivement elles croient posséder. Si, de son côté, le père est absent, peu présent ou passif, le fils peut garder le goût de la féminité de la mère et en même temps jouir de son pénis. Ces garçons vont être ambivalents devant le féminin : ils aiment leur mère mais craignent qu'un excès de féminité menace leur masculinité en les empêchant de bien la développer. Ils vont alors ressentir leur mère comme dévorante, et manifester de l'hostilité vis-à-vis du féminin par toutes sortes de troubles du comportement – par exemple, entre sept et dix ans, par de l'agressivité et des actes de méchanceté à l'école ou dans la rue. Dans les cas tout à fait extrêmes, ces situations peuvent fournir le terrain de la perversité et des perversions (voir plus loin).

La préadolescence et l'adolescence vont être de nouveau des étapes décisives pour l'identité sexuelle. L'imprégnation des modèles des pères et des grands-pères, mais aussi du groupe social masculin, va jouer un grand rôle. À tous les âges, la présence du père est capitale pour faciliter la séparation d'avec la mère et, surtout, permettre l'accès à l'identification masculine.

Le machisme, nostalgie de la mère ?

L'équilibre de l'homme adulte, sa sexualité et le sentiment qu'il a de sa masculinité sont ainsi affectés par les aléas de la difficile conquête de son identité sexuelle. La peur des hommes à l'égard des femmes est très ancienne. Le patriarcat est-il né du besoin de l'homme de s'éloigner de la mère, en prenant le pouvoir social grâce à sa force musculaire ?

L'homme adulte a une nostalgie de la mère, une dépendance à la femme pour le sexe, ainsi qu'un besoin de ne pas découvrir une homosexualité latente depuis très longtemps. Par peur d'être trop féminin, l'homme, encouragé par l'idéologie patriarcale, réprime très tôt son *Anima*, la part de féminité que comporte tout homme. Le plus sûr moyen pour lui de la refouler à tout prix est d'adopter une attitude hypermasculine, jusqu'au machisme. Il a une soif de douceur et de tendresse, née au contact intense avec la mère, mais qui ne peut pas être assouvie car la pression sociale empêche l'homme d'exprimer la douceur qui est en lui, comme son besoin de tendresse.

L'homme se débarrasse-t-il jamais des doutes qu'il a pu avoir, petit garçon, sur son identité sexuelle ? À l'âge adulte, ces doutes alimentent des réactions de surenchère dans l'affirmation de sa masculinité, d'hostilité envers les femmes et d'ambivalence envers l'homosexualité – celle-ci est attirante parce qu'elle évacue la peur de la femme, et repoussante parce qu'un « vrai homme » couche avec des femmes. Le goût de beaucoup d'hommes pour les blagues vulgaires sur les homosexuels illustre bien cette ambivalence attrait/répulsion.

Dans mon travail et mes diverses activités, j'ai toujours été animée par un profond désir d'aider au rapprochement entre les hommes et les femmes. Malheureusement, cet objectif rencontre un obstacle : l'existence et, semble-t-il, l'augmentation, des violences sexuelles.

Les violences sexuelles (et notamment la prostitution), en représentant une exacerbation des rapports de pouvoir entre les sexes, peuvent aider à comprendre une partie de ce qui se joue dans la sexualité masculine et dans le rapport sexuel entre un homme et une femme.

Les violences sexuelles

Triste privilège des hommes ! Malgré tout l'attachement que j'ai pour les hommes, et que j'espère avoir pu exprimer, le fait est là : c'est parmi eux, et pas parmi les femmes, que l'on trouve les violeurs, les pervers,

les voyeurs, majoritairement les responsables d'inceste, les pédophiles, les clients de la prostitution et les consommateurs de pornographie.

Les auteurs de violences sexuelles se trouvent parmi toutes les classes de la population. Les lieux où celles-ci se déroulent recourent les lieux où s'exerce le pouvoir masculin : à la maison (inceste et non-respect du corps de la femme) comme dans les bordels militaires et les camps de réfugiés, mais aussi dans la rue, qu'il s'agisse des viols en bande des garçons sur les filles et même de la prostitution. Celle-ci est une violence institutionnalisée, aujourd'hui industrialisée, où, de plus en plus souvent, des femmes sont tuées, parfois par des clients, et souvent par les mafias de proxénètes.

Ces violents, parfois criminels, ont en commun une absence de valeurs morales et un sens faussé du respect que l'on doit à l'autre, surtout si cet autre est une femme. Mais n'ont-ils pas aussi en commun une identité masculine défaillante ou incertaine ? Dans tous les cas, ils sont atteints dans leur psyché comme dans leur corps. Et, souvent, même s'ils causent à la société des dommages graves et parfois irréparables, ils en attendent indulgence et protection.

La question qui se pose, et qui me tracasse depuis longtemps, est la suivante : pourquoi est-ce que ce sont les hommes qui étendent le champ de leur perversion ou de leur violence à la sexualité ?

Je crois pouvoir dire qu'on peut mettre en rapport l'existence des violences sexuelles avec la peur qu'ont les hommes de voir menacé leur sentiment d'appartenance au sexe mâle. On peut supposer, avec un certain nombre de chances d'argumenter juste, que toutes les violences sexuelles – prostitution, viols, violences conjugales et probablement la pédophilie – reflètent des troubles ou des ratés dans le développement psychoaffectif du petit garçon au moment de la sexualité archaïque, de un à trois ans.

Le petit garçon sent intuitivement qu'il est appelé à devenir un homme. Mais il ressent un mouvement contradictoire entre, d'une part, le désir de s'élancer vers l'individuation et l'autonomie et, d'autre part, une peur de quitter le giron de la mère. Il exprime des réactions violentes à tout ce qui peut menacer sa masculinité. Probablement, un grand nombre d'agresseurs sexuels sont ambivalents vis-à-vis de l'image maternelle : ils sont dans un rapport avec leur mère qui évoque l'amour-haine au sens où l'a décrit Melanie Klein.

Déjà existe une confusion entre ce qu'il sent et ce qu'on lui dit, c'est-à-dire des consignes venant de l'entourage, « sois un homme, ne

pleure pas ». Ce qui conduit tôt ou tard, et progressivement, dans l'esprit du petit garçon, à une confusion entre le fait d'être un homme et d'adopter des manières dites masculines.

Entre prostitution, pornographie, violence conjugale, viol, inceste, il y a un dénominateur commun qui est la dévalorisation grave du corps de la femme et de l'enfant. Cette dévalorisation est véhiculée et renforcée par l'existence de la pornographie, films et revues, par des représentations médiatiques apparemment innocentes, qu'il s'agisse d'émissions de télévision ou de publicités basées sur un ressort psychologique sadique. Le machisme valorise et banalise le mépris pour le corps des faibles, hommes, femmes ou enfants.

À mes yeux, les violences sexuelles sont la manifestation extrême de l'impuissance des hommes à établir des relations d'amour et non de pouvoir avec les femmes.

Les clients de la prostitution

Depuis longtemps, je place la prostitution au rang des violences sexuelles.

En écoutant, comme thérapeute, des clients de la prostitution enfantine ou féminine, on est très frappé d'entendre ces patients s'exprimer dans les mêmes termes, utiliser les mêmes phrases que ceux venus consulter pour des difficultés sexuelles.

• *Chez les clients de la prostitution, il y a beaucoup de phrases du genre :*

– « Je n'arrivais plus à avoir d'érection avec ma compagne (ou ma femme) et j'ai constaté que face à une prostituée j'étais de nouveau à mon aise et je sentais du désir. »

– « C'est beaucoup plus facile avec une prostituée car on n'a pas besoin de parler ni de se donner du mal. Il suffit de payer et on est tranquille. »

– « Je peux faire ce que je veux avec une prostituée, ou lui demander ce dont j'ai envie. »

Ces troubles amènent ces hommes à se rendre dans des quartiers de prostitution, car souvent l'idée d'acheter un sexe de femme provoque leur érection.

• Quant aux hommes qui consultent pour difficultés sexuelles, ils se plaignent :

- d'éjaculation précoce, qu'ils supportent mal soit parce qu'eux-mêmes se sentent vexés et diminués, soit parce que leur femme s'en plaint ;
- d'impuissance, qui souvent succède à, ou accompagne, l'éjaculation précoce ;
- de manque de désir et d'ennui. Parfois cet ennui s'accompagne de ressentiment ou de colère vis-à-vis de la femme.

La recherche et la survalorisation de l'érection sont ainsi le facteur commun entre les hommes clients de la prostitution et les hommes qui souffrent de difficultés sexuelles. L'érection les rassure sur leur masculinité. Le symbole phallique est aussi synonyme de pouvoir. Ces hommes ont des excuses parce qu'ils vivent dans une société qui le clame à tous les coins de rue.

Il n'est pas impossible qu'un homme angoissé et seul vienne chercher auprès d'une femme prostituée non seulement l'érection mais aussi son *Anima*, l'archétype féminin dont il a un immense besoin mais qu'il n'accepte pas de reconnaître en lui et de vivre. Tant qu'il n'acceptera pas cette dimension de son être, il sera en manque de féminin et recourra à diverses violences pour retrouver ce féminin.

Les perversions

L'hypothèse de Robert Stoller, c'est que la perversion naît de l'impossibilité d'avoir pu effectuer une séparation suffisante d'avec la mère, et avec le fantasme sous-jacent du meurtre symbolique de la mère. Bien sûr, le meurtre ne prend pas place dans la réalité, mais beaucoup d'hommes qui consultent pour difficultés sexuelles m'ont exprimé leur haine de l'emprise abusive et dévorante d'une mère, haine qui les poursuit jusque dans leur vie adulte. C'est aussi quelque chose que j'ai entendu chez les clients de la prostitution.

La perversion pourrait être un équivalent du meurtre de la mère. Je trouve intéressant cet apport très original de Robert Stoller, autant sur la base de ce que j'ai observé dans mon cabinet que des réflexions que je mène depuis quinze ans sur l'origine des violences sexuelles.

Quand je parle ici des hommes pervers, je parle bien sûr des pervers sexuels, car les perversions non sexuelles, tout comme les violences non sexuelles, peuvent être le fait de femmes aussi bien que d'hommes.

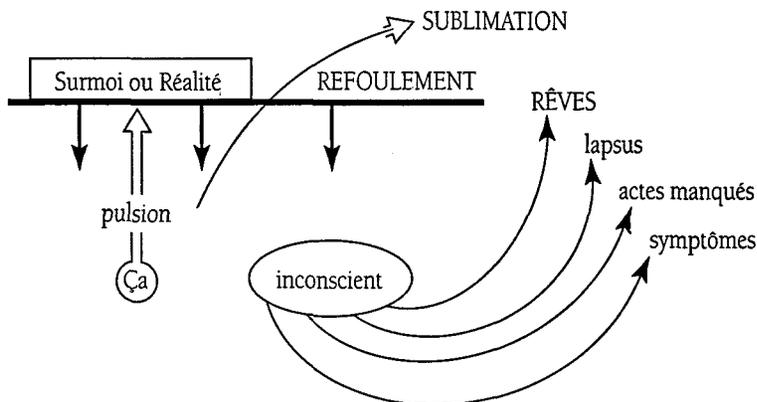
N'oublions pas que la plupart des ouvrages de psychiatrie disent que la perversion est très répandue. Réfléchir sur la violence sexuelle n'a pas pour but de partir en guerre contre les hommes, mais, bien au contraire, de travailler avec eux à construire de nouvelles relations plus libres, plus riches, plus humaines entre les sexes. Freud disait que la perversion non sexuelle existe chez beaucoup de femmes dans des attitudes de la vie courante, au travail, et sous des formes dissimulées, par une apparente gentillesse notamment.

Il y a une différence de nature entre l'agressivité, la violence et les perversions. Ainsi, il existe une violence perverse et une violence non perverse.

La perversion se caractérise par la persistance d'éléments sexuels infantiles très précoces (donc de la sexualité archaïque) qui prennent une place énorme, il y a une formidable poussée du Ça qui est un réservoir des pulsions non contrôlées. Il n'y a pas de mécanismes de défense contre ces pulsions.

Alors que, chez le névrosé, il y a des mécanismes de défense qui transforment ou refoulent ces éléments sexuels infantiles.

L'ACTIVITÉ PSYCHIQUE CONSCIENTE ET INCONSCIENTE (TOPIQUES FREUDIENNES)



Le pervers se caractérise aussi par un évitement de la culpabilité et un évitement de l'angoisse. Il affirme ses besoins sexuels totalement détachés de l'autre. Il veut imposer à l'autre sa vision du plaisir, ce qui indique un trouble du sens de la réalité.

Parmi ces violences, la pédophilie reste une des plus complexes, mystérieuses et, hélas, beaucoup trop fréquente, et qui risque de le devenir de plus en plus. (Ce nom de pédophilie est donné à tort, car au sens propre, un pédophile est quelqu'un qui aime les enfants.) Elle comporte des variétés extrêmement nombreuses, allant de la violence du voyeurisme et des attouchements à la psychopathie la plus affreuse comme on voit chez les pédophiles assassins. Ceux-ci sont plus des psychopathes que des pervers. Mais il y a des pédophiles non pervers plutôt immatures, qui ont souvent été abusés eux-mêmes dans leur enfance par des hommes plus âgés de leur famille ou de leur entourage.

Ces quelques lignes soulignent bien qu'il s'agit là d'un problème immense, grave. Il fait l'objet de recherches, par exemple au sein de l'Institut des hautes études de la sécurité intérieure (IHESI) au ministère de l'Intérieur, ou de l'Association de recherche pour le traitement des agresseurs sexuels (ARTAS), fondée par le docteur Claude Balier, qui a été pendant vingt-cinq ans psychiatre à la prison de Vars dans l'Isère, et animée aujourd'hui par la psychiatre Sophie Baron-Laforêt. Cette association réunit des psychiatres, des psychologues, des infirmiers de prison et d'autres professionnels.

Du côté des femmes et des enfants victimes, on peut parler de réactions psychosomatiques, puisque le psychisme est fortement en cause en même temps que le corps a subi des dommages :

- *Conséquences traumatiques*

- dommages physiques (lésions vulvo-vaginales) et peur de rester « endommagée » à vie ;
- peur de nouvelles agressions ;
- angoisse et dépression avec leurs expressions somatiques.

- *Risques psychosomatiques à court et à long terme*

- la culpabilité, génératrice de souffrance psychosomatique ;
- les troubles d'identité, le manque d'estime de soi et les problèmes de sociabilité ;
- les troubles sexuels psychosomatiques : a) perte du désir du pénis ou même dégoût ; b) perte du plaisir, par réaction contre elles-mêmes et contre leurs partenaires.

Devant le danger social grave que ces hommes violents représentent, il faut s'orienter d'ores et déjà vers une politique de prévention individuelle et sociale à grande échelle et une formation intensive chez les psychiatres

pour détecter et soigner ces malades. Naturellement, il faut des groupes d'étude multidisciplinaires pour aider les magistrats dans la tâche difficile de qualifier la faute, délit ou crime, pour décider de la sanction pénale.

Appel aux hommes

Aucune statistique ne permet à ce jour d'établir le pourcentage d'hommes auteurs de violences, et nous savons qu'un grand nombre de violences conjugales et d'incestes ne sont pas signalés par les victimes. S'agit-il de 5 % de la population masculine, ou de 10 % ou de 20 % ? J'espère, et je crois, que l'immense majorité des hommes n'est pas concernée par les violences sexuelles. Mais c'est une majorité silencieuse, et je formule ici un appel aux hommes : combien il serait important, pour la dignité masculine en général, et pour faciliter votre rencontre avec les femmes, que vous vous engagiez contre cette violence ! Ne serait-ce qu'en exprimant votre réprobation devant les attitudes violentes ou misogynes ordinaires, dont la portée est insidieuse, pernicieuse et dangereuse, à commencer par les blagues sexistes. Je connais beaucoup d'hommes qui sont mal à l'aise devant l'expression de la violence masculine, mais qui n'osent pas le dire. Ne croyez pas que vous êtes minoritaires : au Canada depuis plusieurs années, un mouvement réunit des milliers d'hommes qui portent à la boutonnière un ruban blanc, symbole de leur engagement contre la violence masculine. C'est une attitude d'une portée considérable pour notre société. Vous pouvez aussi donner d'autres modèles de masculinité aux petits garçons d'aujourd'hui, qui sont les hommes de demain. La valeur essentielle pour un monde non violent, c'est le respect de l'autre, qu'il soit homme ou femme.

Le bonheur d'être un homme

Ni monsieur Muscle, ni monsieur Sexe : pas besoin d'être un athlète body-buildé ni un supertombeur pour plaire aux femmes ! Le bonheur d'être un homme, c'est celui d'accepter l'image de son propre corps tel qu'il est, c'est le plaisir de le vivre pleinement, de le sentir dans sa totalité et non pas réduit à ses muscles et à son sexe. C'est s'accepter, être bien dans sa peau d'homme sans s'inquiéter de la longueur de son zizi ! Les femmes aiment un homme qui se respecte et qui s'affirme dans son être, tout en respectant leur compagne.

Nous avons dit dans le chapitre précédent que, pendant très longtemps, on ne s'était pas intéressé à la sexualité des femmes. Mais, au fond, on pourrait dire la même chose des hommes : pendant très longtemps, ce qui a été étudié chez eux, ce n'était ni la sexualité ni l'affectivité mais le potentiel érectile, sur un mode strictement binaire : puissance/impuissance. Alors qu'entre les deux existe une richesse incroyable dans la caresse, le toucher et le baiser, accompagnés de mots tendres, et dans l'amour véhiculé à travers ces gestes spécifiquement humains.

À partir des souffrances des couples venus dans leur clinique, les Américains Masters et Johnson ont instinctivement compris que la faiblesse des hommes était de se réduire à leur seul potentiel érectile. Ils ont proposé des exercices pendant lesquels les hommes apprennent à caresser leur femme sur tout le corps et pas seulement sur les zones sexuelles, en se laissant eux-mêmes caresser sur tout le corps et pas uniquement leurs parties génitales. Ils leur ont appris le bonheur de caresser et celui, tout nouveau pour eux, d'être caressé.

Les masculinités sont multiples

Le féminisme n'a pas eu des effets bénéfiques que pour les femmes. Au sortir de siècles de prédominance du modèle masculin, les femmes se sont révélées multiples, diverses et toutes différentes. Mais ce nouveau regard permet de voir que les hommes aussi ont été prisonniers d'une véritable camisole de force sous la forme d'un modèle de masculinité hégémonique, de type patriarcal et machiste, et d'une sexualité de domination. Il existe de multiples formes de masculinités, mais elles ne sont ni valorisées ni représentées. C'est parmi ces hommes-là qu'on trouve les tendres, les amoureux, les amants fougueux, les maris attentionnés, les papas affectueux, les grands-pères rassurants, les hommes féministes – les vrais, ceux pour qui le féminisme est un humanisme –, les copains sûrs et attentifs. Ils portent, chacun à sa manière, les valeurs de la culture de la paix.

La relaxation révèle justement chez les hommes des aspirations à autre chose qu'au modèle dominant patriarcal. La relaxation permet à chacun, homme ou femme, de découvrir, d'exprimer et de développer son aspiration propre, son individualité unique.

J'associe les valeurs de domination, de compétition, de rivalité et d'agression, guerrière ou industrielle, à une sexualité de pénétration, de domination et d'asservissement de la sexualité profonde de la femme. Que ce soit sur le plan de l'intimité d'un couple ou sur le plan collectif

d'un pays, la recherche du pouvoir et de la domination va causer un état de maladie : de la maladie de la relation à deux à la maladie de la planète (guerres, conflits, atteintes graves contre l'environnement, les patrimoines et les savoirs traditionnels). L'aveuglement des hommes est tel qu'ils ne se rendent même pas compte que tout ce qui fait du mal aux femmes vient se retourner comme un boomerang contre eux. En opprimant les femmes, souvent à leur insu, ils s'en font des ennemies silencieuses. Combien en ai-je vu dans mon cabinet, de ces femmes extrêmement malheureuses, bourrées de ressentiment vis-à-vis de leur conjoint, mais qui se taisent par peur ou par intérêt !

Savoir se faire aimer

Aujourd'hui, la sexualité d'un homme n'est plus appréciée avec les mêmes critères qu'autrefois. La taille du pénis, la durée de l'érection, la capacité de recommencer l'acte sexuel plusieurs fois de suite, le nombre de « conquêtes » féminines sont autant d'arguments qui n'impressionnent plus, puisque les femmes savent qu'ils ne sont, en aucune façon, la garantie qu'elles auront du plaisir ni qu'elles seront heureuses avec cet homme-là ! Ce qu'elles veulent, c'est communiquer avec l'homme en face d'elles, partager des idées et des émotions. Ce qu'une femme apprécie chez un homme, c'est sa capacité à se faire aimer, et cela passe par la connaissance des femmes, l'écoute et le respect ; c'est qu'il aime son corps, qu'il sache la caresser et lui dire des mots tendres. Tout être humain a besoin de tendresse, de douceur et d'être désiré. Apprenez à caresser votre femme, parlez-lui, n'ayez pas peur de lui dire que vous l'aimez. Vous serez surpris et enchanté du résultat !

Et si vous exprimez plus votre besoin de tendresse et votre aspiration à la douceur, le monde serait moins violent. Cela commence à prendre conscience de l'influence qu'ont eue sur vous les modèles d'autrefois, des modèles extérieurs à votre monde interne et à vos tendances profondes. Reconnaître l'*Anima*, cette part féminine qui est là, en vous comme en chaque homme, serait le début de la sagesse.

De même, les sentiments de proximité et d'amitié pour vos amis hommes, n'en ayez pas honte, vivez ces amitiés avec plaisir et franchise. Et, si vous êtes attiré par la douceur d'un autre homme, ne vous moquez pas de lui, mais n'ayez pas peur d'être ami avec lui. L'amitié entre hommes est précieuse et irremplaçable.

La masculinité n'est pas équivalente à la virilité. Quand mes patients me demandent : « Qu'est-ce que c'est être un homme ? », je leur réponds :

« C'est être fort et bon, présent à soi-même et présent et respectueux de l'Autre qui est la femme. Être celui dans les bras duquel la femme aime se blottir, à cause de son corps et de son être d'homme, c'est là votre vocation vraie pour l'avenir. Et si vous ne bande pas, sachez que votre femme vous aimera tout autant. »

7

LES COUPLES : LE GRAND DÉCALAGE

CEUX QUI VONT FORMER UN COUPLE SONT-ILS AUTANT QUE CELA intéressés par le rapport sexuel ? Ou ce qu'ils recherchent, n'est-ce pas plutôt une vie à deux dans un cadre de sécurité affective, psychique et matérielle ? C'est-à-dire un rapport à l'autre avec qui la vie a un sens, une relation de confiance, une intimité et une complicité, un partage des responsabilités et un dialogue. Tout cela ne passe pas forcément par la sexualité. Et ne s'obtient pas en un jour ! Je trouve que les jeunes, à l'heure actuelle, sont sages de dire : « On va se mettre ensemble et ensuite on verra. »

Bien sûr, l'entente sexuelle est une condition de base d'une bonne relation de couple. Mais, par entente sexuelle, je ne veux pas forcément parler du coït, mais d'une intimité partagée, du bien-être du corps et de l'âme, du plaisir à se coucher le soir l'un près de l'autre et à échanger des caresses et des paroles.

Je crois que les couples veulent tout et tout à la fois. S'ils devaient choisir, hommes et femmes opteraient pour une sécurité affective, un élargissement des horizons, une vie sexuelle satisfaisante, des enfants réussis, une bonne maison et donner un sens à leur vie. Avec quelque chose en plus pour certains hommes, qui souhaiteraient pouvoir, de temps à autre ou fréquemment, c'est selon, avoir des aventures parallèles. Chasser un peu à droite et à gauche et vivre une ou deux petites histoires d'amour en plus. Bien sûr, il y a des exceptions, des hommes qui ne tiennent pas du tout à changer de femme, et des femmes qui aiment aussi les conquêtes.

Les uns et les autres imaginent rarement à quel point constituer un couple et habiter ensemble est différent d'avoir une relation sans cohabitation ni engagement, et entraîne des changements profonds en chacun. La vision du monde des hommes et la vision du monde des femmes sont très différentes, de même que leur sexualité. Les points où les deux sexes se rencontrent le plus souvent sont les enfants et le confort du foyer.

Cela étant dit, nous sommes en plein bouleversement. Le mariage n'est plus le pilier qu'il était autrefois, mais un esquisse fragilisé. Qui, toutefois, tient bon. L'an 2000 a vu une brusque remontée du nombre de mariages. Il faut attendre un peu pour savoir si cette tendance va se poursuivre ou si le phénomène est lié au symbolisme de la date. On constate néanmoins, depuis le milieu des années quatre-vingt-dix, une réapparition de valeurs que la « libération sexuelle » des années soixante-dix et quatre-vingt avait reléguées au rang d'archaïsmes, telles que la chasteté et la fidélité. Elles occupent une place minoritaire, mais significative.

Il y a de tels changements sociaux, une telle incertitude économique et psychologique que beaucoup d'hommes reviennent au couple, comme pour se protéger de l'instabilité. Ils tendent de plus en plus à voir la femme comme un appui et non comme une charge. Beaucoup voient même aujourd'hui comme un défaut le fait qu'une femme ne travaille pas. C'est une attitude très récente ! Et les femmes, elles, ont beaucoup changé depuis trente ans, de façon irréversible. Elles veulent travailler, même quand elles ont trois enfants. Et elles tiennent à avoir un homme dans leur vie, mais pas forcément à la maison. Dans un sondage *Sofres-Madame Figaro* publié en février 2000, dont les résultats étaient comparés à des chiffres de 1980, les femmes déclarent que les domaines les plus importants pour leur bonheur sont d'abord les enfants (68 % en 2000 contre 57 % en 1980), puis le couple (44 % contre 45 %), le métier (40 % contre 25 %), la vie sociale et en cinquième position seulement le mariage (12 % contre 22 %).

Qu'est-ce qu'un couple ?

De toute façon, quelles qu'elles soient, les évolutions sociologiques influent finalement assez peu sur les mécanismes de fonctionnement des couples. Je l'ai compris en écoutant ceux qui venaient me voir, au début pour la contraception – qui a été un étonnant révélateur des différences fondamentales entre hommes et femmes. J'ai pris conscience que

chacun des deux avait un inconscient et un passé extrêmement vivants et présents, un potentiel d'énergie et une volonté très différents. Pour comprendre le couple, il faut d'abord essayer de comprendre chaque individu de ce couple et son inconscient, ainsi que le poids de sa généalogie. C'est une constante humaine : hier comme aujourd'hui, l'un et l'autre entrent dans la vie commune avec chacun sa structure de base et son caractère, sa sexualité archaïque, ses expériences enfantines de conflits non résolus et le poids des images parentales, qui, sans avoir été invitées, s'imposent de façon déterminante – et parfois gênante, voire très gênante !

Naguère les couples cherchaient, vainement, à parvenir à une fusion. Lors des dernières décennies, on a assisté au contraire à un recul devant ce qui pourrait lier en profondeur, et les hommes comme les femmes taisent en particulier leur désir profond de sécurité dans la vie commune, ou leur souffrance devant l'absence de lien conjugal.

Les uns comme les autres sont partagés entre un besoin de liberté individuelle et la nostalgie d'une relation stable et d'une intimité. Ni ce besoin ni cette nostalgie ne sont immatures, ce sont au contraire les deux objectifs qu'un couple devrait viser, pour être uni dans une tension féconde.

Le mécanisme de la collusion

Un auteur dont l'œuvre m'a beaucoup apporté pour comprendre les couples à problèmes est un Suisse, Jürg Willi, qui a dirigé le service de médecine psychosociale et de thérapie familiale à Zurich. Il a élaboré le concept de « collusion » qui définit la complicité inconsciente entre les deux personnes du couple pour alimenter un jeu névrotique, fondé sur un conflit ancien non résolu, de même nature chez les deux. Le plus fréquemment, la collusion n'est ni reconnue ni admise par les partenaires, qui se mentent alors chacun à soi-même et à l'autre, et elle peut avoir des effets tragiques et douloureux.

Dans les couples qui souffrent où chacun se voit comme le contraire de l'autre, ces contraires sont en fait solidaires. L'homme et la femme sont liés par leur conflit, par le thème commun de leur désaccord. Toutes leurs énergies psychiques sont mobilisées pour régler le problème, sans qu'au fond ils veuillent le régler puisque c'est lui qui fait lien, au point que la progression du couple et de chacun est bloquée.

Une telle tension permanente entraîne très souvent des maladies psychosomatiques, parfois graves. Le couple se rétrécit alors sur un

univers de maladie, même si celle-ci n'affecte qu'un seul des partenaires. Car, en cas de maladie, chacun peut être plus indulgent envers l'autre sans perdre la face. Le corps est le moyen d'exprimer symboliquement un conflit qu'on ne peut pas exprimer verbalement et il est évident que, dans ce conflit, le symptôme sexuel va se manifester et jouer un rôle puissant, y compris à l'insu des deux partenaires. Toute situation de stress dans un couple s'accompagne d'un symptôme de fatigue et de difficultés sexuelles, ou d'une diminution des relations sexuelles, pouvant aller jusqu'à leur disparition.

En somme, les symptômes sexuels apparaissent comme un langage non verbal à l'intérieur des couples où le conflit n'est ni conscient ni extériorisé. Et la douleur devient un instrument de communication inconsciente et infraverbale. C'est pourquoi un problème sexuel exprime souvent un problème relationnel qui peut venir de loin.

La collusion n'est pas en soi un phénomène pathologique, elle ne le devient que si elle entraîne une souffrance. Il existe plusieurs types de collusion que l'on peut retrouver chez tous les couples, y compris chez les couples qui se disent normaux et ceux qui se sentent heureux.

Hommes et femmes : des demandes différentes

Tous les couples qui consultent pour difficultés sexuelles ne sont donc pas, loin de là, engagés dans ces impasses névrotiques ! Qui sont-ils alors ? J'ai constaté à la fois que les couples sont, comme les individus, tous uniques et différents, et en même temps que de cette diversité se dégagent certaines constantes.

Première constatation : les hommes et les femmes n'ont pas les mêmes demandes. Eux sont en général plus centrés sur eux-mêmes, sur leur corps et ses problèmes, alors qu'elles ont plus tendance à être centrées sur leur couple et à vouloir que la relation avec leur mari soit plus satisfaisante. Il est rare que les hommes disent : « Je n'ai pas assez de plaisir dans ma rencontre avec ma femme », alors qu'elles le disent par rapport à leur mari.

Certains hommes consultent parce qu'ils ne s'entendent pas avec leur femme et qu'en même temps ils ont peur qu'elle les quitte. D'autres viennent avec une plainte concernant leur femme : ils trouvent qu'elle ne les désire plus comme au début de leur mariage, disant : « Les rapports n'intéressent plus ma femme. » Cela se produit surtout quand des enfants sont arrivés, et c'est une grande souffrance pour eux. L'un

d'eux m'a dit un jour : « Je n'existe plus pour ma femme, je suis mort. » Ce sentiment d'abandon peut provoquer l'impuissance, accompagnée de dévalorisation et de dépression. Ces hommes ne se reconnaissent plus, et ne reconnaissent plus leur place et leur fonction dans la vie.

Car, souvent, le désir est provoqué par le désir que l'autre a de soi.

Profils types de couples

Certaines situations racontées par les consultants sont si courantes que je m'autorise à dresser ci-après quelques profils types de couples :

« Je vous amène ma femme parce qu'elle est frigide »

L'homme « m'amène sa femme » en consultation. C'est donc lui qui parle :

– Je vous amène ma femme parce qu'elle est frigide.

– *Comment ça, frigide ? Qu'est-ce que cela veut dire ?*

– Elle ne jouit pas quand je la pénètre.

Je m'adresse à la femme :

– *Est-ce qu'il y a des points de votre corps où vous aimez être caressée ?*

C'est lui qui répond :

– Oui, peut-être, mais quand même, au moment où il faudrait, quand je la pénètre, elle n'a aucun plaisir.

– *Comment savez-vous que c'est ça qui lui fait plaisir ?*

Interloqué :

– Mais, c'est normal quand je la pénètre. Autrement, à quoi servirait d'avoir un pénis ?

– *Peut-être à vous donner du plaisir à vous, et pourquoi pas ? Mais ce serait tellement bien si elle avait du plaisir aussi.*

Mon regard se porte vers la femme qui ne dit toujours rien.

– *Pouvez-vous dire à votre mari où vous aimeriez être caressée ?*

Elle baisse les yeux et ne répond rien. Je poursuis :

– *Peut-être pensez-vous qu'il a raison, que vous devriez jouir quand il vous pénètre ?*

Elle finit par dire, à voix basse :

– Je ne sais pas.

La suite de la consultation, c'est toujours d'une part de tenter de persuader le mari qu'il n'a peut-être pas toutes les sources d'information

pour connaître la sexualité de sa propre femme, et d'autre part de donner assez confiance à la femme pour qu'elle puisse s'exprimer à haute voix sur ce qui pourrait lui faire plaisir. Cette première fois, j'explique à l'homme que ses sources d'information se réduisent à ce qu'il a entendu chez d'autres hommes et à ce qu'il a vu au cinéma et à la télévision, où les choses sont claires et nettes : la femme jouit et se pâme au moment où l'homme la pénètre ! Pour ce jour-là, c'est assez. Je reverrai l'homme tout seul une première fois, en partie pour lui faire accepter que sa femme vienne seule en consultation. En général, dans ces cas-là, la femme est persuadée que l'homme a raison et elle a honte d'elle-même et peur de ne pas être une « vraie femme ».

Combien d'hommes sont ainsi venus me voir avec leur femme en me disant : « Je voudrais qu'elle jouisse en même temps que moi ! » Ils ignoraient, comme l'immense majorité des gens, y compris les médecins, que les femmes ont besoin de quatre à cinq fois plus de temps que les hommes pour parvenir à l'excitation complète qui précède l'orgasme. Et les femmes ne sont pas mieux renseignées : combien m'ont dit : « J'aime mon mari, mais j'ai mal quand nous faisons l'amour, donc je suis anormale ! » Mais, si son mari va trop vite, pas étonnant qu'elle ait mal ! Puisqu'il n'attend pas qu'elle ait une mouillure vaginale et que son corps soit prêt à le recevoir. Cette douleur est une protestation de tout le corps. Chez ces femmes, le conflit s'extériorise par une douleur, soit à l'entrée du vagin, la vulve, soit au fond du vagin (dyspareunie superficielle ou profonde) (voir chapitre suivant, p. 167).

Honte aux hommes qui ne se renseignent pas sur la sexualité de leur compagne, alors qu'elle partage avec eux le lit et la vie ! Cela dit, ils ont des circonstances atténuantes : où pourraient-ils bien se renseigner ? Leurs pères ne savent pas répondre, et les amis sont d'autres hommes qui partagent la même ignorance et les mêmes tabous et œillères. La représentation classique des rapports sexuels participe à cette conspiration contre l'épanouissement sexuel des femmes : du moindre clip de publicité jusqu'aux productions pornographiques en passant par les films dits d'amour, beaucoup de films mettent en scène une falsification de la rencontre amoureuse, en montrant, dès le premier rapport sexuel et dès les premières minutes de ce rapport, que la pénétration procure à la femme une jouissance immédiate. L'acte sexuel se déroule calqué sur le temps de l'homme et non pas sur la réalité corporelle de la femme.

Difficulté à être touché et à toucher

- *Autre cas courant : la femme vient pour anorgasmie (absence d'orgasme)*

Quelquefois avec son compagnon pour qu'il témoigne devant moi de cette anorgasmie. Et j'apprends qu'elle ne veut pas être caressée sur le clitoris ; elle veut avoir un orgasme quand l'homme la pénètre parce que « ça fait plus femme », tandis que, sur le clitoris, « ça fait petite fille ».

Je démens :

– *Ça ne fait pas petite fille, c'est ainsi que la grande majorité des femmes jouissent.*

Elle rétorque :

– « Ça m'énerve » ou « ça me brûle ».

– *Dans ce cas mettez de la crème et détendez-vous.*

La plupart du temps, par un traitement de relaxation, ces femmes se font peu à peu à l'acceptation du plaisir clitoridien, et le plaisir vient. Et le couple en est consolidé.

- *L'éjaculateur précoce et sa femme*

Comme je le disais dans le chapitre sur les hommes, s'il y a un profil d'éjaculateur précoce, il existe aussi un profil de la femme d'éjaculateur précoce. Avec une autre femme, il ne serait peut-être pas éjaculateur précoce !

La femme de l'éjaculateur précoce a tendance à être terrorisante, à se moquer du problème de son mari ou à le plaindre d'une fausse voix, sans y croire. J'ai vu, au fil des années, un grand nombre de ces femmes. Certaines, parce qu'elles ne sont pas complètement cristallisées sur leurs fausses croyances, veulent bien se laisser convaincre que tout ne va pas si mal. Je leur explique qu'un couple sexuellement attiré et amoureux peut se donner beaucoup de joie sexuelle réciproque, avec une éjaculation précoce du côté masculin et un plaisir intense pour la femme avec des caresses clitoridiennes.

Devant la précision de mes questions, certaines finissent par dire, quelquefois avec une certaine gêne, qu'elles ne supportent pas les caresses sur le clitoris. Et plus elles sont hostiles à ces caresses, plus leur exigence d'une érection durable chez leur mari est élevée ! C'est pourquoi si, quelquefois, le problème de l'éjaculation précoce est bien réel chez l'homme, d'autres fois, c'est une excuse de la femme pour camoufler son aversion des caresses. En tout cas, les hommes et les femmes sont bien piégés dans ces fausses manœuvres.

Rigidité corporelle et psychique

On voit, dans les deux dernières situations, des femmes qui souffrent d'une inhibition concernant les caresses clitoridiennes. Dans les problèmes de couples, on retrouve beaucoup de ces femmes-là. Avec l'expérience de ces cas, je devine que cette inhibition est presque toujours associée à une difficulté générale d'accepter les caresses sur tout le corps, y compris les seins. Je compatissais à cette impossibilité de jouir par le clitoris et d'apprécier les caresses sur le corps. Cela rappelle presque à coup sûr des perturbations dans la sexualité archaïque de ces patientes, c'est-à-dire avant deux ans, sous forme d'une rétraction, d'une inhibition devant les sensations du Moi-peau (cette enveloppe du corps, récepteur de toutes les sensations au cours de la période archaïque) : soit qu'elles n'aient jamais été caressées, soit qu'elles aient été caressées du bout des doigts, sans amour, sans présence affective réelle.

C'est typiquement une maladie psychosomatique de tout le système de la peau et de la motricité datant de l'enfance. Ce type de femme, trop fréquent malheureusement, est caractérisé par la rigidité, physique et morale, et par une difficulté dans la construction de l'identité sexuelle. Peut-être y a-t-il, là aussi, un problème de structure et de caractère.

Dans les cas extrêmes, malheureusement, la femme refuse d'être caressée sur le clitoris parce qu'elle a intériorisé la croyance que cela pourrait faire croire qu'elle est homosexuelle ou qu'elle n'est pas une « vraie femme ». Ou alors, ce blocage est lié au souvenir d'avoir été culpabilisée par ses parents quand, petite fille, elle se masturbait. On se rend compte à quel point les femmes ont pu être réprimées par les traditions religieuses, puisque, encore aujourd'hui, la masturbation féminine n'est pas tout à fait acceptée. Comme si elle était naturelle chez l'homme et indécente chez la femme !

Les cas de rigidité corporelle et de déficience du Moi-peau sont fréquents chez les deux sexes. Quand mes patients quittent mon cabinet, je les accompagne sur le palier et je les regarde s'éloigner vers l'ascenseur ; je vois, dans leur démarche, une confirmation de ce qui vient de se dire dans la consultation. La rigidité du système locomoteur – muscles et articulations – survient en particulier dans les cas de répression très précoce du petit enfant. Avec nos muscles et nos articulations, nous avons chacun et chacune un ensemble de gestes qui nous sont propres, une démarche, une façon d'occuper l'espace. Beaucoup de femmes et surtout d'hommes qui sont rigides physiquement ont des problèmes dans leur vie sexuelle. Dans la sexualité, il y a un

balancement, un rythme, un mouvement, une adaptation constante qui induisent une certaine souplesse.

Dans ce couple, avec cinq enfants, c'est l'homme qui est rigide. Ils viennent, envoyés par le psychiatre qui suit la femme depuis longtemps pour « frigidité » et mécontente avec le mari, en m'avertissant : « Nous sommes croyants, jamais nous ne divorcerons. » Grand, maigre, rigide, lui est plus à son aise avec ses enfants qu'avec des adultes. Il ne parle jamais, il est intraitable. Il veut faire l'amour tous les jours ou tous les deux jours. Comme si retrouver le corps de sa femme tous les soirs était une guérison de toutes ses blessures d'adolescent, comme si c'était la résolution du conflit œdipien raté. Il hait sa mère. À onze ans, il est devenu « muet » et l'est resté. Il ne supportait plus son père, mais il avait peut-être un désir inconscient de voir disparaître sa mère.

Mais, elle, comment peut-elle avoir envie de cet homme taciturne ! Surtout que, toute petite, sa mère l'a mise en nourrice, et qu'elle a précisément soif de paroles tendres ! (On retrouve ici un type de « collusion » décrite par Jürg Willi : chacun attend précisément de l'autre ce qu'il ne peut pas lui donner, et c'est cela qui les lie.)

La thérapie s'arrête d'elle-même, malheureusement, sans progrès réel. Si la femme a exprimé son intérêt pour la relaxation que nous avons faite ensemble pendant deux ans, lui a arrêté après cinq séances, en déclarant que ça n'avait rien changé à la situation. Sous-entendu : elle ne veut toujours pas faire l'amour. Il n'a jamais pu admettre qu'il pouvait avoir une part de responsabilité dans la situation.

Or, la reconnaissance du problème est une première étape, par laquelle il faut pouvoir passer. Quand des gens découvrent et admettent qu'il y a de la haine ou de la colère en eux, c'est déjà un progrès, car cela permet de leur dire que les choses peuvent changer.

Il n'est jamais trop tard

Ils sont âgés de soixante-six et soixante-huit ans, et sont venus de province, sur la recommandation de leur médecin de famille qui me connaissait. Ils se sont mariés par amour, il a travaillé dur en usine, et ils imaginaient qu'ils allaient bien profiter de la retraite. Leurs trois enfants sont élevés et installés, maintenant ils ont du temps pour faire l'amour. Mais il a appris que sa femme n'a jamais eu de plaisir et ça lui a fait l'effet d'une bombe. Ils ont bien lu des livres de sexologie, mais ils ne les ont pas bien compris, et, surtout, ils n'ont pas cru ce que ces livres disaient.

Une consultation de ce genre marche mieux si les gens font confiance au médecin. Comme je leur avais été recommandée et que j'avais des cheveux blancs, ils écoutaient sagement, presque comme à l'école, ce que je disais sur l'importance et la respectabilité du clitoris, du capuchon du clitoris, des grandes lèvres et des petites lèvres, de l'entrée du vagin, de l'intérêt de mettre un peu de crème, surtout pour une femme qui a dépassé soixante ans. Je leur disais que c'était la vérité vraie physiologique, avec, à l'appui, des planches anatomiques, des explications, des dessins (comme ceux du livre d'Helen Kaplan) et même des statistiques tirées de Kinsey, un auteur ancien mais toujours important.

L'homme a eu beaucoup de mal à croire tout ça, la femme était un peu gênée, presque honteuse. Après une grande heure d'explications, ils sont repartis et on a pris un autre rendez-vous. Deux mois après, ils sont revenus de leur lointaine province un bouquet de fleurs dans les bras, pour me remercier : ils étaient émerveillés, et un peu penauds d'avoir perdu de si belles années à se faire du souci, alors qu'ils avaient tout sous la main pour être satisfaits : le mari trouvait plaisir à caresser le clitoris de la femme et elle atteignait l'orgasme sans honte ni culpabilité.

Le grand décalage

Dès la première consultation, on peut deviner toutes les embûches qui surgissent de part et d'autre dans l'imaginaire des deux partenaires qui viennent consulter. Par exemple, au moindre désaccord, une espèce de peur de l'autre, d'anxiété et éventuellement de culpabilité peut survenir et restreindre la spontanéité du comportement sexuel. Des pensées positives et négatives se succèdent à une vitesse folle. Parfois, il peut s'agir de pensées à la limite de la paranoïa : « Est-ce qu'il ou elle m'aime vraiment ? », « Ah, elle a mis ce parfum que je n'aime pas, l'a-t-elle fait exprès ? » Les attitudes et les comportements de l'un et de l'autre ne sont pas vécus ni interprétés de la même manière par chacun, loin de là ! Il s'agit de les amener, par un déroulement subtil, à faire l'un et l'autre un chemin et un don d'eux-mêmes pour dépasser ces sentiments de défiance, ou de rancune, ou de culpabilité.

En général, ce sont surtout les femmes qui (se) posent des questions sur leur couple. Et je remarque aussi qu'elles sont plus expressives : les hommes ont beaucoup moins de mimiques, moins de paroles, moins de nuances. Est-ce dû à leur structure interne plus monolithique,

comme nous l'avons suggéré dans le chapitre sur le développement psychoaffectif ?

Chacun imagine l'autre à son image, y compris sur le plan sexuel. Ainsi, il se révèle que les hommes, qui ont moins de zones érogènes que les femmes, tendent à se polariser sur les zones génitales. Puisque, chez eux, la principale zone érogène est le pénis, tout naturellement ils en déduisent que chez les femmes, c'est le vagin !

De même, les femmes, plus subtiles et plus nuancées, s'attendent à ce que les hommes attachent autant d'importance qu'elles aux paroles, à l'amour, à des échanges de gestes affectueux et de baisers ou au récit de la journée, le soir quand le couple se retrouve... Cela se passe rarement ainsi, d'où déception ou rancune. Chacun est complètement à côté de la réalité de l'autre.

Les gestes et les réponses corporels et sexuels prennent une signification très différente pour l'un et pour l'autre. Beaucoup d'hommes, même quand ils ne souffrent pas d'éjaculation précoce, vont trop vite en amour. J'avancerais que l'homme, hanté par l'idée qu'il pourrait débander avant d'avoir « conclu » (surtout s'il est un petit peu envieux de la féminité et des rondeurs), est pressé de faire ses preuves. Il veut pénétrer la femme vite et éjaculer vite. Un malentendu s'installe alors : en allant vite, il se prive du bonheur de caresser et d'être caressé. Et il frustre sa femme, qui, on l'a vu, a besoin d'un certain temps ; même si elle ne dit rien, il ressent sa frustration, et, si elle lui en parle, il se sent en situation d'accusé. Il abordera le rapport suivant avec encore plus d'appréhension de ne pas « assurer ». Ce qui ne va pas contribuer à le détendre...

Les problèmes de communication entre hommes et femmes sont importants et réels. On peut même parler d'une communication interculturelle, car il existe une culture des femmes et une culture des hommes. Même s'ils utilisent les mêmes mots et phrases, les femmes parlent plutôt de rapport et d'intimité, et les hommes de statut et d'indépendance.

La libération des femmes a pris à rebours les hommes qui voulaient rester maîtres de la situation. Certains ont contourné le problème, pas seulement en manifestant des impuissances, mais aussi en portant un autre regard sur les femmes. Ça a été le début de la pente dangereuse vers une certaine irresponsabilité des hommes : « Puisqu'elles ont voulu avoir la pilule, elles l'ont et on peut en profiter. »

Dans les années soixante, fleurissait encore le mythe de l'orgasme vaginal, déclaré au début du siècle comme le seul, le vrai, l'authentique, par Freud puis par ses disciples, y compris des femmes comme Hélène

Deutsch et Marie Bonaparte. Cette position apporta une caution scientifique à une attitude courante et lui donna tout le poids d'une idéologie, selon laquelle la nature des femmes était d'être insuffisantes sexuelles, candidates à l'hystérie et frigides. Alors qu'il ne s'agissait que d'un manque de connaissance sur leur anatomie et, surtout, d'un préjugé que le patriarcat réussissait ainsi à imposer, au point que les femmes elles-mêmes ont cru à leur insuffisance sexuelle. Ce mépris de la sexualité des femmes et sa dépréciation ont été un véritable complot contre les femmes, dont j'ai moi-même été victime. Ce sont de longues années d'écoute des femmes et de lectures – du travail scientifique d'Alfred Kinsey notamment – qui m'ont confirmé que les femmes étaient douées pour l'amour, douées pour la caresse, douées pour le plaisir.

Différentes thérapies pour les couples

Il existe de multiples façons d'aborder les problèmes sexuels des couples et de démonter les mécanismes à l'œuvre dans les ratés du couple. Je n'ai pas une approche unique, mais je m'inspire de l'une ou l'autre des approches qui existent, la plupart d'inspiration psychanalytique, en fonction du couple que j'ai devant moi et de la façon dont les deux présentent leur problème. Les principales thérapies sont les suivantes :

- la thérapie de couple psychanalytique, où le thérapeute analyse l'inconscient et la dynamique des pulsions depuis la petite enfance, alternativement chez l'un et chez l'autre ;

- la thérapie de couple comportementaliste (type Masters et Johnson), qui consiste à donner un mélange de conseils, de directives et d'encouragements pour la vie sexuelle du couple et pour sa vie en général ;

- la thérapie de couple systémique, qui considère le couple comme un système obéissant à des lois de groupe ;

- la thérapie de couple transgénérationnelle, où le thérapeute reconstruit avec les membres du couple la filière des générations (générogramme), pour y retrouver des symptômes existant déjà chez les grands-parents, les grands-oncles et les grands-tantes.

On ne connaît pas vraiment un couple tant qu'on ne saisit pas, par une écoute attentive de l'un et de l'autre, comment leurs corps s'approchent et se touchent au lit. Bien entendu, les couples que je reçois ne m'en

parlent pas d'emblée. Il faut créer une atmosphère de confiance et poser, dès que c'est possible, des questions précises pour montrer que l'on peut parler de « cela ». Il est rare, même chez des couples qui s'entendent bien, qu'il n'y ait pas des petits malentendus et des incompréhensions.

Il m'est arrivé, après avoir vu le couple deux ou trois fois, de proposer de les voir alternativement afin d'entendre le point de vue de chacun. Naturellement, il faut que cela soit accepté par les deux. En écoutant chacun d'eux, on se rend compte qu'ils ont des visions complètement différentes de la même situation. Ce n'est qu'après qu'on les revoit ensemble, en les invitant à parler entre eux devant le thérapeute. Là, parfois, le ton s'élève ou les visages se ferment. On peut alors proposer de faire des essais d'exercices qui paraissent acceptables à l'un et à l'autre, comme celui des fauteuils, que j'ai emprunté à la Gestalt thérapie.

Se mettre à la place de l'autre

Dans mon cabinet, il y a en face de mon bureau deux fauteuils, où s'assoient les deux membres d'un couple en consultation. Quand je sens un mur d'incompréhension en béton entre les deux membres du couple, je leur demande d'échanger leurs places. Chacun s'assoit dans le fauteuil de l'autre. Et je demande alors, à celui ou celle des deux qui semble le plus fixé(e) et rigide sur ses positions, de se mettre pour un moment dans la peau de l'autre et d'essayer de retrouver des phrases et des traits de caractère de cet autre.

– Je n'y arriverai jamais !

– *Puisque vous vous plaignez tout le temps de lui (ou elle), vous devez bien savoir comment il est.*

L'effort est grand, mais souvent fructueux parce que, quand il ou elle revient à sa place, il y a comme un doute qui lui est apparu. Il y a aussi un début d'ouverture vers l'autre, et cette expérience démontre que l'autre n'a pas forcément les mêmes attitudes et la même vision. C'est un moment de réflexion, parfois même de choc, qui permet de progresser.

J'emploie également cette technique avec une personne seule qui se perd en récriminations contre le compagnon, ou le père, ou la mère, ou la belle-mère. Je lui demande de changer de fauteuil et je lui dis : « Mettez-vous dans la peau de celui/celle qui vous cause tant de souci et qui vous agresse. Essayez de voir ce que vous feriez à sa place, quelles peuvent être ses raisons, pourquoi il(elle) est comme ça... »

Bien entendu, j'emploie des phrases adaptées à chaque situation. Ce qui est important, c'est que les gens découvrent la vision de l'autre à

partir des sensations ressenties. C'est pourquoi je dis aussi : « Laissez de côté les idées. Comment est votre corps maintenant ? Comment le sentez-vous ? Comment vous sentez-vous, là maintenant ? »

Chaque personne a sa « Gestalt », mot qui en allemand veut dire forme. L'objectif de cet exercice est de comprendre quelle est la Gestalt de l'autre, quelle est sa vision du monde. Se mettre à la place de l'autre est une des choses les plus difficiles qui soient.

Selon la façon dont les gestes sont acceptés ou non, exécutés ou non, on lit d'une part le type d'éducation que les gens ont reçue et d'autre part les problèmes sous-jacents et les forces inconscientes à l'œuvre dans leur rapport de couple. Et on voit que beaucoup de femmes, y compris en 2001, ont encore l'image d'un homme qui prend toutes les initiatives : la Femme doit attendre les caresses de son Mari qui doit lui donner un Orgasme par son pénis.

Exercices de couple

Les premiers qui ont eu l'idée de proposer systématiquement aux couples de faire des exercices pour traiter les problèmes sexuels ont été Masters et Johnson, dont le travail a été repris et enrichi par une psychanalyste américaine devenue sexologue, Helen Kaplan, notamment dans son livre *The New Sex Therapy*.

Par exemple, ils ont commencé avec la technique devenue célèbre du *squeeze* pour retarder l'éjaculation (voir chapitre 6 sur les hommes, p. 111). Les réactions de l'homme, et surtout de la femme, devant ce genre d'exercice sont très éclairantes. La réaction la plus fréquente est que la femme refuse de pincer elle-même le pénis. Elle dit qu'elle ne sait pas comment c'est fait, qu'elle a peur de faire mal ou de ne pas pincer assez fort. Première indication sur l'ignorance de la femme de l'anatomie de son conjoint. Deuxième indication : cette peur cache souvent une agressivité. Certaines femmes pensent : « Ce n'est pas à moi de faire ça », « Ce n'est pas comme ça que ça doit se passer entre hommes et femmes ».

Une autre solution consiste à conseiller un « renversement de la situation », c'est-à-dire que l'homme est sur le dos et la femme est assise sur lui. Dans cette position, la femme a l'entière initiative du mouvement. Cela permet à l'homme d'être, pour une fois, passif, et à la femme d'être active et, à chacun, de trouver une érotisation de ces tendances (c'est-à-dire une augmentation du potentiel érotique de l'attitude passive pour homme et active pour femme). C'est une position tout à

fait recommandée dans les cas où l'homme est corpulent, et où son poids peut fatiguer sa partenaire. D'autant plus qu'aucune position n'a le privilège de représenter la norme. Le seul critère est que cela plaise aux deux partenaires et qu'ils y trouvent plaisir.

D'ailleurs, dans ce domaine de la vie sexuelle (comme dans bien d'autres), l'innovation, la créativité et l'invention sont des bons moyens d'éviter la routine et l'ennui. La position du missionnaire et la règle du rapport sexuel dans un lit peuvent avantageusement être remplacées par des initiatives innovantes dans l'espace (dans une voiture, un pré, sur le canapé du salon ou à l'hôtel...) ou dans le temps (le matin, ou en rentrant du travail, ou l'après-midi un dimanche...).

Comblés...

Une autre technique, dite de « connexion », a rendu et continue de rendre de grands services dans tous les cas où persistent les préjugés sur le désir d'avoir du plaisir ensemble, le besoin de l'homme de pénétrer sa partenaire et le désir de la femme d'être pénétrée sans renoncer au plaisir clitoridien. Il s'agit de toutes les positions où la femme peut être caressée sur le clitoris, par elle-même ou par son partenaire, pendant la pénétration du pénis dans le vagin. Si, en plus, les seins de la femme sont caressés, elle sera comblée... Bien des couples trouvent spontanément ces positions, quand chacun veut faire plaisir à l'autre. Cette connexion satisfait l'homme puisqu'il pénètre, et la femme puisqu'elle a du plaisir tout en sentant profondément l'union avec son compagnon, ce qui lui donne une sensation de plénitude. Son très grand avantage est de reconnaître à la fois le rôle du pénis et l'importance du clitoris, ce qui est valorisant pour chacun et procure une joie qui s'ajoute au plaisir. Cette méthode concilie les données physiologiques et la disparition du clivage entre le clitoris et le vagin. Je préfère parler pour ma part d'orgasme clitorido-vaginal, car il naît dans la région du capuchon du clitoris, des grandes lèvres et petites lèvres, et est renforcé pendant la pénétration par l'excitation de l'entrée du vagin, qu'on appelle le vestibule.

Éveiller les sensations

Sensate focus n° 1, « prendre et donner du plaisir », est un terme un peu barbare qui désigne en fait une activité simple et belle. Il s'agit pour le couple de renoncer aux rapports sexuels et à l'orgasme pendant

quelques semaines, et de se consacrer aux caresses sur tout le corps, le dos et le ventre, pendant une semaine, puis à partir de la deuxième semaine sur tout le corps et sur les organes sexuels.

Voici ce que je dis aux couples : « Une fois que vous aurez fait ces exercices pendant une semaine, vous revenez me voir. Et tâchez de les faire tous les jours. Plus vous les ferez, plus vous y prendrez plaisir. Naturellement, vous aurez besoin de temps. Ces exercices sans coït, sans pénétration, vous en apprendront plus sur l'amour que la pénétration rapide. C'est, au contraire, doucement et calmement que le plaisir viendra. »

Parce qu'ils semblent fastidieux, ces exercices sont malheureusement souvent refusés. C'est dommage parce qu'à force d'être répétés, ils font tomber l'anxiété et la charge émotionnelle (c'est en répétant un geste que le cerveau se calme et se régularise). Je dis aussi à mes clients : « C'est en pratiquant des exercices que vous vous habituerez au corps l'un de l'autre. Vous n'avez pas forcément appris ces gestes pendant votre jeunesse. Ça ne vient pas toujours spontanément, parce que la peur de franchir des tabous, dans notre civilisation éloignée du corps, inhibe le geste et l'empêche d'être naturel. »

Très souvent, ces exercices provoquent une excitation sexuelle à laquelle il est important de résister, parce qu'il faut les goûter pleinement et se rendre compte à quel point il est bon d'attendre, de désirer. Donner à la caresse des mains toute la place qu'elle mérite conduit le couple à retrouver ou à découvrir des sensations oubliées ou inconnues, et réveille ou fait naître sa sensualité.

La masturbation, activité érotique normale

Parmi les tabous qui ont pesé lourdement sur la sexualité humaine, la masturbation occupe une place de choix, jusqu'à notre époque de soi-disant libération sexuelle. Elle a pesé sur la sexualité masculine et on se souvient du « péché d'Onan » qui montrait que, dans la Bible déjà, répandre sa semence sur la terre au lieu de féconder une femme était très mal vu. Pourtant, malgré les impératifs et les excommunications de toutes les religions, la masturbation a persisté à travers les siècles et sert d'exutoire et de plaisir pour un grand nombre d'êtres humains. À notre époque, les hommes l'utilisent beaucoup, soit comme mode habituel de plaisir, soit à l'occasion, quand ils n'ont pas de partenaire, de femme « sous la main ». J'ai aussi entendu, de la part d'un certain nombre

d'hommes mariés, aimant leur femme, que le plaisir strictement orgasmique et physiologique est plus grand quand ils se masturbent que quand ils ont un rapport avec une femme ou avec leur femme.

Bien des facteurs entrent en jeu dans ce plaisir solitaire. Tout d'abord, il n'y a pas d'observateur et le sentiment d'échec ou la peur de l'échec n'existe pas ; des habitudes très anciennes, venant de l'enfance, donnent à beaucoup d'hommes une expérience des zones, des pressions et de la technique qui leur conviennent. Pourtant, cette masturbation, même chez les hommes, reste encore empreinte de culpabilité surtout pour les garçons élevés dans des familles religieuses et encore plus quand leur mère porte un jugement défavorable sur cette activité qui les gêne elles-mêmes. Elles projettent sur leur garçon un sentiment intense de gêne qui persiste depuis leur propre enfance ou leur adolescence. Bien des hommes qui sont venus me voir pour éjaculation précoce avaient été surpris par leur mère en train de se masturber, et avaient été accablés de honte par un regard ou des paroles méprisantes venus d'elle.

Tout ce que nous venons de dire pour les petits garçons, les adolescents et les hommes s'applique aux petites filles, aux adolescentes et aux femmes, avec une culpabilité accrue. Si, pour les hommes, le pénis est à portée de main tous les soirs dans la solitude ou encore en groupe, quand les garçons font des comparaisons de taille (cela peut aller jusqu'à l'érection et l'éjaculation), la situation des filles est beaucoup plus honteuse et plus cachée.

En effet, la zone érogène constituée par le clitoris et le capuchon du clitoris est moins visible que le pénis, l'excitation survient moins rapidement, et les caresses s'accompagnent plus souvent de fantasmes qui sont encore plus réprimés chez les filles que chez les garçons. Ces raisons expliquent pourquoi la masturbation est beaucoup moins fréquente chez elles et c'est dommage, parce qu'elles sont ainsi privées d'une source d'excitation particulièrement importante dans la montée du plaisir féminin. Comme on l'a vu, l'orgasme clitoridien est souvent le seul pour un très grand nombre de femmes qui s'en trouvent très satisfaites. Les travaux d'Alfred Kinsey, effectués sur des centaines de femmes épanouies dans leur vie, ont montré que c'est un orgasme féminin parfaitement valable et beaucoup d'hommes le savent bien. Ceux qui ne le savent pas contribuent par leur ignorance à perpétuer un malentendu dans le couple, source de souffrance. Les femmes qui répugnent à confier à leur compagnon le plaisir que leur procure la masturbation portent une responsabilité dans l'affaire. Quel que soit leur âge, elles n'admettent pas facilement que la masturbation puisse être un moyen de découvrir l'orgasme.

Avant d'écrire ce paragraphe, j'ai interrogé plusieurs de mes jeunes ami-e-s gynécologues et un autre ami, qui a plus de quarante années de pratique dans un service de gynécologie de Saint-Denis. Tous m'ont confirmé que la presque totalité des femmes qui viennent les consulter n'osent pas parler de leur sexualité et, en repartant, sur le pas de la porte, finissent par dire, en rougissant à l'extrême « Je n'arrive à avoir un orgasme que par masturbation ! ».

En ce début du troisième millénaire, c'est tout de même ahurissant que cette activité reste honteuse. Et ceci est d'autant plus dommageable quand on pense aux exercices de connexion qui donnent de si bons résultats : l'homme stimule le clitoris pendant que son pénis pénètre dans le vagin, de sorte que l'orgasme de la femme est plus intense (son plaisir clitoridien est amplifié par la pénétration) ou quand elle-même stimule son clitoris, lors de la pénétration. Bien entendu, si elle a des réticences à toucher et stimuler son clitoris, cette excellente technique échoue et c'est dommage.

Tirer parti des résistances en thérapie

Même quand il y a des réticences et même quand ces exercices sont mal faits, peu à peu ils introduisent une nouvelle ambiance conjugale. Quelle que soit la nature du problème (éjaculation précoce ou vaginisme), ils ont l'immense intérêt de créer une intimité sexuelle fondamentale pour l'harmonie générale du couple. Ils créent une rupture avec la routine et le rythme exagérément rapide de la vie quotidienne des Occidentaux.

Cela fait du bien immédiat sur le plan corporel. Mais l'intérêt de ces exercices réside aussi beaucoup dans l'exploitation qu'on peut faire des échecs car la façon de faire ces exercices, mal, à moitié, ou de ne pas y arriver, est révélatrice des blocages et des ratés – c'est ce qu'a bien développé Helen Kaplan.

Dans ces cas-là, je me fais expliquer pourquoi ça n'a pas marché. Bien des couples esquivent mes questions sous des prétextes divers : « C'est ennuyeux, c'est fastidieux, on n'a pas le temps. » Le manque de disponibilité est en soi le signe d'une fuite ou d'une résistance. C'est un indice pour entreprendre une psychothérapie centrée sur le peu de temps qu'ils réservent à l'amour.

Et c'est, pour moi, le début d'entretiens où l'on peut commencer à analyser comment les mauvaises habitudes se sont acquises et quels sont les tabous. Souvent, à ce moment-là, les femmes disent : « Je n'aime pas

toucher, je n'aime surtout pas qu'on me touche. » C'est une entrée vers des souvenirs anciens et enfouis, refoulés. On se trouve là au cœur des problèmes de la sexualité archaïque, du *holding* de la toute petite enfance et de ce qui s'est passé entre les enfants et les parents par la suite. Quand on réussit à amener les gens à ces périodes si anciennes, où quelque chose d'un toucher parental était non pas apprécié mais redouté, c'est déjà beaucoup. On peut alors tenter de pénétrer les systèmes de défense par la relaxation et le transfert.

Apparaissent alors des difficultés liées à certaines parties du corps. Par exemple, des femmes disent : « Je ne veux pas qu'ils touchent à mes seins, ils sont trop petits (ou trop gros). » Ça permet de mettre au jour les zones fragiles et les points douloureux qui révèlent les zones grises, ou zones d'ombre, correspondant dans le cerveau et les points d'ancrage de la mauvaise image du corps (voir chapitre 9, « La relaxation »). Ces zones douloureuses du corps, jugées honteuses, occupent une place énorme dans les préoccupations des gens, et génèrent une déperdition d'énergie permanente dans la vie.

La difficulté d'accomplir certains gestes est une mise au jour assez rapide de l'inconscient, et l'analyse de ces difficultés avec les patients est à la fois une technique de travail pour le thérapeute en même temps qu'un traitement pour eux. On peut voir ainsi que les gens se sont épousés pour raisons de convenance. La collusion sociale, ou culturelle, ou narcissique, est éclairée d'un jour cru au contact de la réalité des corps mis à nu.

Pour ma part, j'ai découvert, avec ces entretiens portant sur l'intimité, aussi bien l'ignorance qu'ont les hommes des caresses clitoridiennes que l'ignorance qu'ont les femmes de la sensibilité et de l'érotique du pénis. Bien des femmes ne touchent pas l'homme, ne prennent pas d'initiatives et ne savent pas faire les caresses qu'il aimerait. Certaines ignorent aussi leur propre physiologie et ne savent pas réclamer les caresses dont elles ont besoin. Mais, à côté des pudiques, il existe aussi des femmes agressives qui pensent : « Il aime ça mais je ne le ferai pas », ou bien : « Je ne lui dirai pas, il n'a qu'à chercher. »

On constate que tous les couples ne peuvent pas appliquer la méthode pragmatique de Masters et Johnson ni s'y habituer. Car, au-delà de l'ignorance, des tabous et des blocages, la résistance aux exercices est aussi révélatrice des structures psychiques de base qui sont les précurseurs de la formation du caractère : dans un couple où l'un est de structure obsessionnelle et l'autre de structure hystérique, les consignes

de Masters et Johnson ne seront pas du tout reçues de la même manière par chacun. Dans ces cas-là, relativement fréquents, Helen Kaplan préconise à juste titre une approche psychodynamique et, en tant que psychanalyste, elle applique naturellement la technique analytique. Connaissant mieux la dynamique des caractères, elle utilise les bons arguments convenant aux deux.

C'est une difficulté supplémentaire mais il faut la connaître, en tenir compte et savoir qu'il y a des limites que le thérapeute ne pourra pas dépasser. Car, si le caractère peut évoluer au cours des événements de la vie et d'une thérapie, en revanche la structure psychique de base, elle, ne se modifie pas.

Difficile rencontre entre les sexes

Les hommes comme les femmes disent avoir beaucoup de mal à nouer des relations. Comme je l'ai déjà expliqué, les images des parents jouent un très grand rôle – à notre insu. Parmi les gens qui viennent me voir, la majorité, femmes et hommes, font état d'une mauvaise entente entre leurs parents. Il existe, finalement, dans la vie comme dans la littérature ou le cinéma, assez peu de modèles de couples qui allient le respect mutuel, la reconnaissance de l'autre et le désir physique.

La rencontre avec l'autre peut être malaisée pour des raisons de timidité, mais aussi d'ambivalence psychologique. Pour certains hommes, il est très difficile de surmonter le sentiment de désir-jalousie-convoitise du corps féminin qu'ils ressentent depuis leur toute petite enfance. Ce sentiment est presque totalement inconscient, ou, du moins, ce qui est inconscient, c'est l'ambivalence : l'homme reconnaît le désir mais pas la jalousie, et pourtant, la présence de cette jalousie complique la rencontre.

Chez les femmes, cette ambivalence existe aussi, mais alimentée par d'autres pulsions et fantasmes inconscients. Les femmes, malgré leur émancipation, envient encore aux hommes leur liberté (et non pas leur pénis, comme le disaient les premiers freudiens).

Si les attentes et les besoins des hommes et des femmes ont changé depuis les générations précédentes, ce n'est pas forcément dans le sens d'une meilleure correspondance.

Par exemple, hier, les femmes étaient taxées de frigides par les hommes. Aujourd'hui, ce sont certaines d'entre elles qui accusent

leurs partenaires d'être insuffisants sexuellement. Beaucoup de femmes voudraient m'amener leur compagnon en disant « il a des problèmes », terme pudique pour dire qu'il est éjaculateur précoce, ou qu'il a une érection pas très longue ou pas très dure. Mais elles se trompent tout autant que se trompaient les hommes d'hier à leur sujet.

Une autre évolution notable est que la plupart des femmes qui, hier, étaient à la recherche de l'équation « mari + enfant + sécurité matérielle », veulent aujourd'hui réaliser leur destin individuel. Celui-ci ne comporte pas nécessairement le mariage, mais la présence d'un homme dans leur vie, avec qui elles partagent une intimité. Leur degré d'exigence vis-à-vis des hommes est tel qu'à leurs yeux il y a de moins en moins d'hommes disponibles.

Beaucoup de femmes de trente à quarante ans sont dans une situation de grande souffrance, parce qu'elles veulent avoir un enfant tout en ayant le sentiment qu'« il n'y a plus d'hommes » et qu'elles « ne trouvent pas de pères ».

Les hommes, eux, plus que les femmes, continuent de fonctionner par rapport à des stéréotypes traditionnels et manifestent une réticence à s'engager dans des relations où leur rôle n'est pas écrit d'avance, comme il l'était autrefois. L'inconnu féminin les effraie. Ils ont envie et besoin d'avoir des relations sexuelles, de préférence avec une femme jolie et séduisante. Mais, quant à contracter des liens de longue durée et un engagement, matériel et affectif, alors là ils reculent, en invoquant le caractère difficile ou imprévisible des femmes et les charges supplémentaires qu'une liaison de longue durée entraîne sur le plan matériel.

Les motifs invoqués font allusion à la difficulté économique de survivre dans notre monde, mais je soupçonne, et pour un certain pourcentage d'hommes j'en suis sûre, qu'ils ont peur de ne pas comprendre le monde des femmes. Plusieurs m'ont dit : « Les femmes sont trop compliquées. C'est beaucoup plus sympa d'organiser des bouffes et des sorties avec des copains. Au moins là on est sûr de ne pas se fourvoyer dans un monde que l'on ne comprend pas. Elles ont voulu prendre leur indépendance, elles l'ont, elles n'ont qu'à assumer. »

Autre complication pour les hommes : le difficile choix entre la « maman » et la « putain ». C'est un choix imaginaire. Les hommes ont du mal à ressentir un sentiment d'intimité avec une femme qui est leur égale. Il faut qu'ils aient, peu ou prou, l'impression qu'ils la dominent, et vont éviter les femmes qui montrent trop d'indépendance et de personnalité. Pourtant, il devrait y avoir place pour un rapport d'égalité des sentiments et des sexes dans la différence.

Est-ce à la peur des femmes et à cette solitude nouvelle qu'il faut attribuer le développement d'une forme d'homosexualité masculine, où des hommes de quarante à soixante-dix ans recherchent des jeunes hommes, de dix-huit à vingt-deux ans environ – sans qu'on puisse affirmer que les uns ou les autres soient définitivement homosexuels ?

À une époque où le mot « communication » fleurit dans tous les discours et tous les slogans, où les médias n'ont jamais été aussi nombreux, il semblerait que les êtres humains n'aient jamais été aussi isolés. Tout concourt à ce phénomène : urbanisation croissante, usage constant de la voiture, emplois du temps surchargés, disparition des lieux traditionnels de rencontre (bals, fêtes de famille grandes et petites) et des loisirs gratuits et de proximité (promenades, fêtes populaires). L'oreille rivée à leur téléphone portable, les individus n'ont plus un regard pour leur voisin...

Pour toutes ces raisons, et bien d'autres encore que je n'aborde pas, n'étant pas sociologue, il y a de plus en plus de femmes seules et d'hommes seuls. La solitude est une calamité.

Ce que je sais, c'est que nous sommes dans une phase de changement, et que tout est à inventer.

Je te désire, moi non plus

Pour éprouver du désir, il doit y avoir une disponibilité de l'être, du cœur et de la tête. Mais, là encore, les différences sont notables entre les deux sexes.

Chez les femmes, le désir est beaucoup plus complexe que chez les hommes. Il survient quand elles ressentent une cohérence et une harmonie entre leur cœur et leur tête et, bien sûr, quand elles se sentent aimées et désirées. *A contrario*, quand elles sont déçues par leur mari, par exemple si elles ont attendu de lui un coup de fil qui n'est pas venu, ou si elles rentrent à la maison et voient leur homme sur le canapé et des tâches domestiques non réalisées, elles n'ont pas envie de faire l'amour.

Si certains hommes ont aussi besoin de ressentir de la tendresse pour leur femme, beaucoup d'autres ont une disponibilité presque constante pour un rapport sexuel sans parole et sans intimité préalable (comme dans la relation avec une prostituée). Comme si le sexe masculin était isolé de l'ensemble de l'être psychique et sentimental de l'homme et pouvait fonctionner en roue libre.

Ainsi, couramment, après une dispute violente avec leur femme, les hommes ont envie de faire l'amour, alors qu'elles restent marquées par

la blessure psychique et n'y sont pas du tout disposées. Est-ce que les hommes, insécurisés par le conflit, veulent s'assurer de la permanence de la possession de la femme ?

Autre différence : l'homme a besoin de changement, alors que la femme a tendance à s'attacher de plus en plus au corps de son compagnon de toujours.

Bien évidemment, il ne s'agit ici que de généralités, qui ne sauraient concerner tous les hommes et toutes les femmes. Notamment, je tiens à dire que j'ai rencontré beaucoup d'hommes chez qui le désir s'estompe aussi quand ils ont été blessés ou vexés par des paroles malencontreuses de leur compagne.

La voie, c'est faire plaisir à l'autre

Il est dommage pour l'équilibre des couples que la société soit si peu tolérante vis-à-vis des femmes trop masculines et des hommes trop féminins. Car les hommes qui acceptent et expriment leur *Anima*, et les femmes leur *Animus* sont des compagnons et des compagnes beaucoup plus agréables et plus riches pour leur partenaire, et les couples où les deux ont cette souplesse sont mieux armés. La partie homosexuelle de l'homme entrera en résonance avec la partie masculine de la femme, tandis que la partie homosexuelle de la femme entrera en résonance avec la partie féminine de l'homme. Finalement, dans un couple, on est toujours plus nombreux qu'on ne croit : quatre si l'on s'en tient au couple, et quatre de plus si l'on inclut les parents de l'un et de l'autre, dont les images ne sont jamais très loin...

Le couple idéal, constamment heureux d'un bout à l'autre de sa durée, n'existe pas. C'est un lieu de rencontre et de confrontation entre deux êtres dont nous avons vu à quel point ils sont différents dans leur constitution et leurs modes d'expression. Même quand il y a eu au départ beaucoup d'amour et un échange d'attirance, d'estime et de respect, il y a toujours des moments de crise, qui peuvent être féconds si on sait en parler. La vie est changement, et l'évolution d'un couple se fait par cycles et pas d'une manière linéaire. L'amour connaît des phases ascendantes et descendantes, et les deux partenaires passent par des périodes de grande proximité et des périodes d'éloignement, qu'il faut savoir accepter sans peur. Les moments de ferveur, de confiance et de sécurité alternent avec d'autres, faits de restriction, de contrainte, de regrets et d'insatisfaction.

Il faut veiller sur un couple qui fonctionne à peu près bien. Ni l'homme ni la femme ne doivent s'endormir sur leurs lauriers, mais prendre soin de leur couple, c'est-à-dire être attentifs aux besoins de l'autre et tolérants. Le temps est un facteur essentiel. Il faut du temps d'abord pour se connaître, puis pour se découvrir, jour après jour.

C'est la vie et c'est une bonne vie, avec le bon et le mauvais du quotidien. La sagesse consiste à accepter les mauvais moments quand ils se présentent, mais aussi à valoriser et goûter les bons quand on les vit, et ne se souvenir que de ceux-là quand on regarde en arrière. L'exigence permanente doit faire place à une concentration sur les moments heureux. Toute manifestation de la vie, pour être valorisée, doit s'accompagner d'une conscience de ce qui se passe, d'une présence à l'ici et maintenant. N'oublions pas que la vie, c'est fait pour être heureux, et qu'il faut le vouloir !

8

LA PSYCHOSOMATIQUE SEXUELLE

« MON PSY ME DIT QUE JE VAIS MIEUX DANS MA TÊTE, MAIS JE suis toujours frigide. » Ces mots furent ceux d'une jeune femme de trente-deux ans, mariée à un haut fonctionnaire imbu de sa personne, venue un jour chez moi. Elle souffrait de sa propre agressivité envers son mari, qui rendait pénible l'ambiance familiale. Après six ans d'une analyse en tous points sérieuse et classique, elle me fit part, avec les mots ci-dessus, de l'amélioration de son comportement avec son mari et ses enfants, tout en décrivant le silence sexuel total qui persistait entre eux.

Ce fut le début de mon questionnement sur la psychanalyse, comme moyen de soigner les difficultés sexuelles. Questionnement qui ne m'a plus quittée et qui m'a menée vers la psychosomatique sexuelle. J'illustrerai la pertinence de cette approche par le cas suivant, un des plus beaux de ma carrière.

Cette jeune femme vaginique et phobique était extrêmement handicapée dans la vie quotidienne, sans parler de sa vie amoureuse, inexistante. Nous nous sommes vues en tout pendant une période de trois ans, de façon plus ou moins régulière. Dans son cas, un psychanalyste aurait très probablement dit : « Elle a un blocage œdipien parce qu'elle est trop attachée à son père. » Ça n'aurait pas été faux du tout, mais insuffisant. Après onze ans d'investigation analytique, elle souffrait toujours d'une grande difficulté à vivre son corps. Si la psychanalyse lui a permis de développer une connaissance fine de sa situation et de la

nature des liens avec ses parents, ainsi que d'acquérir un vocabulaire élaboré pour en parler, cela ne l'a pas libérée de ses obsessions mentales ni de ses phobies.

Dans son cas, c'est le passage par un travail sur le corps qui s'est révélé fructueux. La relaxation a permis à cette jeune femme, sinon de vivre une vie tout à fait normale, du moins de sortir de sa souffrance et, par exemple, d'avoir des enfants. C'est-à-dire d'avoir surmonté la peur d'être enceinte et la peur de l'accouchement, qui auparavant la terrorisaient littéralement. Si j'ai pu l'aider, c'est bien parce que je suis allée chercher du côté du corps.

Quand j'ai commencé à exercer la médecine, j'étais déroutée par les plaintes des gens qui venaient me consulter : « je suis très fatigué », « j'ai tout le temps mal dans le dos » ou « j'ai mal à la tête »... Je me rendais compte que mes études ne m'avaient pas du tout préparée à traiter ce type de symptômes, jamais abordés dans l'enseignement de la médecine que j'avais reçue, probablement parce qu'ils sont très vagues. Modelé par les questions de l'internat, l'enseignement traite de symptômes précis et séparés les uns des autres, alors que la fatigue, par exemple, est un symptôme global, psychosomatique par définition, qui peut concerner le foie, le pancréas, le rein, le cœur et oblige à procéder à un tour d'horizon complet.

Peu à peu, il m'a semblé que les douleurs physiques dont les patients se plaignaient étaient certes liées à des conditions de travail et de vie difficiles, mais aussi à des souffrances psychiques qui leur restaient obscures, ou dont ils n'avaient même pas conscience. La médecine psychosomatique consiste à prendre en compte la globalité et la complexité de cette réalité quotidienne des malades, ainsi que le poids de l'inconscient. Nous avons bien vu, dans les chapitres précédents, à quel point les conflits du passé non résolus continuent de nous perturber, en profondeur et à notre insu.

« Il n'y a pas de maladie psychosomatique définie ; toute souffrance chez l'être humain est psychosomatique », disait René Held, un grand médecin devenu psychosomaticien et psychanalyste, dont j'ai souvent fréquenté l'enseignement. Il a exploré les relations fondamentales qui existent entre maladies psychosomatiques et psychiques et a recommandé d'essayer de faire une synthèse entre les deux, en se fondant sur la personnalité du malade.

« Être malade » ou « avoir une maladie » ?

En Europe, les Grecs étaient partagés entre deux approches fondamentalement différentes de l'être humain : l'une considérait que l'âme et le corps ne font qu'un, tandis que l'autre les opposait.

La première approche, défendue par l'école grecque de Cos, considère qu'il n'y a pas des maladies mais des malades, et que la maladie, aventure de l'histoire individuelle, dépend des échanges que le sujet entretient avec son milieu et son tempérament. Dans cette optique, on va soigner l'être humain tout entier, comme Hippocrate qui pratiquait un abord global de la personne et considérait la maladie comme une rupture d'équilibre. On a qualifié les partisans de cette attitude de « monistes ». Spinoza notamment en fait partie, à qui Freud a emprunté beaucoup.

En revanche, l'école grecque de Cnide distinguait les maladies du corps et les maladies de l'âme et, considérant que l'être humain a une maladie, soignait cette maladie ou même seulement l'organe malade. Cette approche dite « dualiste » a connu son heure de gloire avec des grands noms comme Laënnec, Pasteur et Virchow au XIX^e siècle, un siècle qui s'est passionné pour l'anatomie au point d'imposer la conception des maladies organe par organe. Cette conception, considérée comme scientifique, a continué de prévaloir dans la médecine occidentale du XX^e siècle. La sexologie en est une parfaite illustration qui, par exemple, dans les cas de difficultés sexuelles des hommes, va se concentrer sur l'organe et ses difficultés d'érection : tout le pénis, mais rien que le pénis ! Au lieu de considérer aussi l'être humain qui est habité par ce symptôme et la souffrance psychique qui cause cette absence d'érection.

L'opposition entre ces deux approches a traversé l'histoire de la médecine et de la santé jusqu'à nous. Balint opposait la « médecine d'organe » à la « médecine de la personne » qu'il pratiquait et voulait développer. On peut, de même, considérer que l'être humain a un corps ou qu'il est un corps. Je penche totalement en faveur de la seconde version. La maladie, comme le mal, comme le bien, font partie de l'odyssée humaine.

Qu'entend-on par psychosomatique ?

L'approche psychosomatique n'est pas une invention ni une révolution de notre temps. Elle a existé de tout temps, sous toutes les latitudes, et existe encore : chez les Chinois, chez les Amérindiens, chez les

peuples de Sibérie, avec les chamans, en Afrique, en Asie ou dans les civilisations traditionnelles du Pacifique...

En grec, *psyché* veut dire âme ou esprit, et *soma* veut dire corps. Tout ce qui est humain est donc forcément psychosomatique. Mais si, d'un point de vue étymologique, la psychosomatique est une notion simple, elle recouvre une réalité infiniment complexe. Le physicien Alfred Kastler (1902-1984), prix Nobel de physique, en a donné la définition pour moi la plus juste : « Corps et âme ne sont pas deux entités différentes, qui se sont rejointes l'une et l'autre dans l'être ; ce sont deux aspects complémentaires d'une même réalité. »

La notion moderne de psychosomatique apparaît dans le premier tiers du xx^e siècle avec l'intérêt pour l'importance des facteurs psychiques dans les maladies organiques, notamment en Allemagne. En URSS, Pavlov (1849-1936), prix Nobel en 1904, montre, lui, la possibilité de « conditionner » des phénomènes physiologiques par des facteurs psychiques. Entre les deux guerres, un important mouvement de psychosomatique est créé aux États-Unis par des psychanalystes, dont beaucoup d'Allemands immigrés. Parmi eux, citons Franz Alexander, Felix Deutsch, Alexander Lowen, et, surtout, une psychanalyste que j'ai rencontrée, Helen Flanders Dunbar, qui publie *Emotions and bodily changes* (Émotions et changements corporels) (1938) et *Psychosomatic Diagnosis* (Diagnostic psychosomatique) (1943).

En France, l'intérêt pour la psychosomatique se développe dans les années cinquante et soixante, avec notamment Henri Ey (1900-1977) à qui l'on doit la notion d'« élan vital », Charles Brisset et Michel Sapir, qui furent tous les deux mes maîtres formateurs.

Depuis que ce terme de psychosomatique a pris corps, les écoles et les chercheurs psychosomaticiens ont été nombreux et ont œuvré dans de multiples directions. Aujourd'hui, des équipes de biologistes moléculaires, d'immunologistes, de généticiens, de physiciens, de spécialistes des neurosciences et, bien entendu, des psys en tout genre (psychiatres, psychanalystes, psycholinguistes...) sont au travail, parfois séparément, parfois ensemble, pour faire avancer la connaissance de la psychosomatique, qui est au bout du compte la vie elle-même.

Aujourd'hui, nous connaissons certains des gènes qui déterminent la façon dont fonctionnent nos neurones. Mais personne ne peut savoir, avec certitude, comment le cerveau élabore les processus mentaux et comment le corps intervient dans cette élaboration. Actuellement, un professeur de neurologie, Antonio R. Damasio, qui enseigne au fameux

Institut d'études biologiques de La Jolla, sur la côte Pacifique des États-Unis, est sur la piste d'une conception encore nouvelle de l'union totale du corps et de l'âme, en insistant sur la primauté du corps. Les émotions et les processus de raisonnement sont non seulement compatibles, mais leur alliance est fructueuse pour l'être humain.

Si l'on constate que de nouvelles découvertes viennent chaque fois améliorer notre compréhension du fonctionnement de l'être humain, elles font en même temps reculer les frontières du mystère...

La psychosomatique a été une discipline d'avant-garde, mais elle n'a pas eu le développement qu'elle méritait. En redonnant sa place au corps, elle va à l'encontre de la position dualiste du XIX^e siècle, renforcée par la cascade de découvertes médicales et scientifiques du XX^e siècle. Cette « révolution scientifique » a eu d'autant plus d'impact que ces extraordinaires découvertes ont représenté des progrès fantastiques pour le bien-être de l'humanité, contribuant à accroître de façon spectaculaire l'espérance de vie qui est passée, en moyenne, de quarante ans au XIX^e siècle à quatre-vingts ans pour les hommes et à quatre-vingt-cinq ans pour les femmes aujourd'hui. Nous venons de traverser une période prodigieuse d'avancées dans tous les domaines, qu'il s'agisse du diagnostic, des découvertes (radioactivité, antibiotiques, génétique...) ou des prouesses techniques (fécondation *in vitro*, chirurgie de haut niveau...). Chacun d'entre nous en bénéficie tous les jours.

Le corps morcelé

Cela dit, trop de science pure, trop de spécialisation, trop de fragmentation peut faire perdre de vue l'unité et la globalité de l'être humain. Les exemples ne manquent pas : on peut être très bien soigné, techniquement et scientifiquement, et pourtant très malheureux dans ses besoins humains les plus élémentaires – dignité, amour, tendresse et besoin de reconnaissance ; l'évolution de la formation et de la pratique de la médecine fait que le médecin n'est plus formé à l'écoute et n'en a plus le temps, et prescrit des médicaments et des analyses ; en psychiatrie, l'approche médicamenteuse est aussi devenue la règle (au point qu'est apparue l'expression « camisole chimique »), au détriment peut-être de l'écoute du patient, qui, encore une fois, demande beaucoup de temps ; parmi tous les médicaments, un grand nombre se sont révélés toxiques, à court, moyen ou très long terme, etc.

C'est pourquoi actuellement, en dépit des remarquables avancées scientifiques et techniques, nous sommes dans une impasse. L'être

humain, qui est pourtant l'objet de toutes ces recherches médicales, est loin d'être heureux et a souvent perdu le sens de la vie. Il va d'un spécialiste à l'autre en exposant à chacun d'eux une toute petite partie de lui-même. Le malade est morcelé, alors qu'il a un profond besoin d'unité, même s'il ne sait pas exprimer ce besoin.

Sortir de l'impasse

Cette impasse n'est pas une fatalité. Les deux approches, spécialisée et globale, non seulement sont parfaitement compatibles, mais il ne faut pas les exclure mutuellement. La médecine psychosomatique est là, qui répond précisément aux deux exigences de l'être malade : être soigné, et être entendu et compris.

La médecine psychosomatique n'est pas une spécialité, elle est une approche globale de l'être humain malade qui vise à répondre à ses besoins physiques, matériels et moraux avec une triple préoccupation : sa santé organique, son équilibre mental et intellectuel et son adaptation à la vie en société. Et, dans cette approche, la personnalité du médecin prend une importance particulière, comme Balint nous l'a appris.

La psychosomatique a bien d'autres avantages, dont celui, fondamental, d'aider le patient à se comprendre dans toutes ses dimensions. Les éclaircissements et informations qu'elle lui apporte sur sa maladie vont lui permettre de se soigner mieux, d'être plus autonome et de prendre en main son présent et son avenir. C'est un processus de responsabilisation.

Derrière le symptôme, la souffrance sexuelle

Tous les êtres humains peuvent avoir, à une époque de leur vie, une affection psychosomatique. Alors que les conflits intérieurs de chacun varient à l'infini, les symptômes et les signes corporels de l'être humain sont peu nombreux. Les plus fréquents de ces symptômes sont la fièvre, la fatigue, la diarrhée, les douleurs du dos ou des jambes, le mal de tête, les vertiges, le mal de ventre, la douleur dans la région du cœur. Celle-ci, qui inquiète toujours beaucoup, peut être soit une simple douleur intercostale névralgique, soit le signe d'un début d'angine de poitrine, la douleur coronaire. Cela change tout, et il faut être très vigilant.

Dans les consultations d'urgence dans l'entreprise où j'ai commencé, le mal de ventre et la douleur dans la poitrine représentaient mon pain quotidien, avant le mal dans le dos, qui était la troisième raison de

consultation – fatigante et inquiétante, mais souvent alerte sans danger. Pendant des années, j'ai multiplié les examens de laboratoire, les radiographies, les électrogrammes et toute la panoplie existante de tests et d'examen pour vérifier qu'il n'y avait rien d'organique. Ce n'est qu'avec de longues années d'expérience clinique que j'ai commencé à pressentir plus rapidement, dans la plupart des cas, l'origine psychosomatique de ces symptômes. Bien entendu, il faut toujours prendre les mêmes précautions. D'autant plus qu'il y a des cas où la douleur d'origine psychosomatique a déjà causé une lésion organique et continue de l'entretenir et de l'aggraver.

Mais, au-delà de l'origine psychosomatique de ces symptômes, j'ai peu à peu compris qu'ils cachaient, dans de nombreux cas, une souffrance sexuelle et un refoulement, c'est-à-dire des pulsions sexuelles et un besoin d'amour non satisfaits ou non admis par la personne. Dans un très grand nombre de cas, la souffrance sexuelle s'accompagne d'une souffrance relationnelle.

Cela dit, toutes les difficultés sexuelles des hommes et des femmes ne provoquent pas systématiquement des maladies psychosomatiques cardiaques, respiratoires, digestives, etc. Assez fréquemment, les deux types de symptômes psychosomatiques, sexuels et non sexuels, peuvent être associés. D'ailleurs, devant des patients qui me sont envoyés en relaxation pour une maladie non sexuelle, comme un asthme, je pose systématiquement la question : « Comment ça se passe sur le plan de votre vie sexuelle ? »

Quels que soient leurs symptômes, les difficultés sexuelles entraînent souvent une colère, presque toujours une dépression, une mésentente conjugale, l'impression d'être anormal(e) et, dans tous les cas, une grande souffrance qui reste en général non traitée.

En ce qui concerne les troubles sexuels, les dégâts causés par une approche qui sépare le corps et l'esprit sont particulièrement lourds de conséquences, car, si une fonction humaine intègre par excellence le corps et l'esprit, c'est bien la fonction sexuelle ! C'est pourquoi la psychosomatique se révèle particulièrement indiquée et précieuse pour le traitement des problèmes de sexualité humaine.

Malheureusement, en droite ligne dans l'esprit de la médecine hérité du XIX^e siècle, l'étude de la fonction sexuelle est devenue aujourd'hui une spécialité de plus, la sexologie, centrée sur l'organe : on traite le pénis et l'insuffisance d'érection, mais pas cet homme-là qui souffre ; on traite le vaginisme et l'absence de désir, mais pas cette femme-là qui

souffre. C'est bien pourquoi, d'ailleurs, certains sexologues sont démunis pour traiter l'absence de désir autrement qu'en conseillant des aphrodisiaques divers, des vasodilatateurs et des vibromasseurs.

Une hypothèse : l'origine archaïque des difficultés sexuelles

Même si, dans ces années cinquante et soixante, je baignais dans un milieu de psychanalystes freudiens, professionnellement j'hésitais à m'engager dans une voie purement psychanalytique. Le concept du conflit œdipien et les apports freudiens n'expliquaient pas la totalité, ni la complexité, ni la diversité des difficultés sexuelles. Je sentais qu'il fallait que je continue à avancer dans l'abord psychosomatique, que je reste dans ma pratique de médecin, généraliste puis gynécologue, donc près du corps. Un corps qui avait encore beaucoup à nous apprendre.

La suite de mon expérience professionnelle m'a montré que cette décision a été plus fructueuse. En continuant, cas après cas, à me poser des questions sur le corps, je suis arrivée à l'hypothèse que la souffrance sexuelle prend essentiellement sa source dans la période archaïque du développement de l'être humain.

Je le dois à ces continuateurs géniaux de Freud qu'ont été Melanie Klein et Winnicott et à leurs théories sur la période et la sexualité archaïques. Melanie Klein a ouvert des voies sur le nourrisson et ses fantasmes, tandis que Winnicott, que je considère comme un psychosomaticien de génie, s'est beaucoup intéressé au corps – d'abord à la dyade formée par le corps de la mère et le corps de l'enfant, et, quelques mois plus tard, à la façon dont le corps de l'enfant s'individualise et s'autonomise progressivement par ses sensations. Aujourd'hui, de plus en plus de pères s'occupent de leur petit bébé dès sa naissance. On ne sait pas quels pourront être les effets du contact quotidien, peau à peau, entre le père et son nourrisson.

La richesse du toucher et le rôle de la peau

Sur la voie de cette pratique psychocorporelle, la relaxation est ensuite venue m'apporter un outil de travail irremplaçable et au fil des années me démontrer, de même, une autre genèse des difficultés sexuelles que les aléas des stades oral, sado-anal, génital et des conflits œdipiens.

La découverte du rôle de la peau, du contact, du toucher et du « corps à corps », comme dit Michel Sapir, a été d'une importance fondamentale par sa richesse d'enseignement. La peau est un organe dont on n'a pas fini de découvrir les implications dans l'équilibre humain ; on constate qu'elle est le siège de nombreuses maladies psychosomatiques qu'on n'arrive pas à guérir.

La richesse du toucher dans la relaxation permet, par son accès au corps, de mesurer le tonus et la réactivité de la peau. Le contact entre le corps du patient et les doigts ou la main du thérapeute fait surgir chez le patient, du fond de sa conscience, du fond de sa mémoire et de son corps, des réminiscences lointaines du toucher maternel. Sapir écrit dans *La Relaxation : son approche psychanalytique* : « Regards, voix paroles et toucher constituent un ensemble qui, par moments, peut être très proche du maternage » (au sens de Winnicott) (p. 178).

Masters et Johnson avaient eux aussi bien mis en évidence la richesse du toucher, avec les exercices de caresses qu'ils faisaient faire à leurs couples de patients pour dédramatiser et enrichir le rapport sexuel, comme nous l'avons vu dans le chapitre sur les couples.

En relaxation, j'utilise depuis de nombreuses années l'impact sur le cerveau des sensations de contact éveillées par les pulpes de doigt. Et j'aime dire à mes patients que la main humaine est d'une sensibilité et d'une finesse qui n'a pas son pareil dans les autres organes humains.

Corps d'ouvriers, corps de femmes : le poids du statut social

J'ai appris la psychosomatique sexuelle d'abord avec les hommes, à l'usine, puis, surtout, avec les femmes, à la fois au Planning familial et à la consultation de gynécologie psychosomatique à l'hôpital de La Fontaine à Saint-Denis.

Dans l'entreprise, je voyais tout de suite si j'avais affaire à un corps d'ouvrier ou à un corps de cadre. Les corps des hommes traduisaient leur place dans la hiérarchie du travail, mais aussi leur origine sociale : les ouvriers venus de la campagne n'avaient pas le même corps que les cadres sortis des Arts et Métiers. Le corps de l'ouvrier est en général plus voûté, car il est penché sur son travail, alors que le cadre, qui est amené à parler et à commander aux autres, se tient plus droit. Ce dernier a tendance aussi à avoir une peau plus soignée.

Je constatais aussi le lien psychosomatique très fort entre la façon dont on est regardé et le maintien ou l'éclat du regard. Sous un regard valorisant, on se tient plus droit et notre regard s'éclaire, sous un regard dévalorisant on se tasse et notre regard s'éteint.

Je voyais toutes sortes de populations, de niveaux économiques, d'origines sociales différents. Cela m'a rendue très sensible à regarder ce qui se manifeste au-delà de la plainte et de l'organe souffrant, sexuel ou non.

Le corps et les maladies des femmes m'ont, ensuite, beaucoup aidée à approfondir le lien entre psychosomatique et sexualité. Est-ce parce qu'elles se livrent plus facilement et qu'on lit plus ouvertement dans le caractère et le corps des femmes, en tout cas pour moi ? Parce que j'étais déjà psychosomaticienne avant de devenir gynécologue, j'ai écouté les femmes avec attention, respect et avec un esprit d'ouverture. Et je les ai examinées. Chez elles aussi, le corps traduisait la place qu'elles occupaient. Je voyais que la physiologie et la sensibilité des femmes, ainsi que le fait d'être une femme dans une société qui infériorise les femmes, peuvent peser sur le vécu et la douleur.

Dans l'entreprise, deux groupes de femmes m'avaient particulièrement frappée par leur résistance et leur courage, et j'allais les voir souvent : les soudeuses et les peintres. Je me demandais souvent ce que veut dire être femme et malade. Tenait-on compte des maternités successives, du peu de repos après les couches, de l'état veineux et lymphatique après avoir porté les bébés pendant neuf mois et subi des modifications hormonales importantes pendant la grossesse ?

Que les femmes soient malades, et c'est gênant pour tout le monde, la famille, la société, l'ordre établi. Les plaintes ou les moqueries sur l'insuffisance de leur sexualité ne tenaient pas compte des facteurs de fatigue de leurs vies. Corps usés, âmes vaillantes, émotions et soucis pour la santé de leurs mari et enfants, c'est aussi de la psychosomatique : c'était la façon dont on les regardait, condescendante ou méprisante – même si ce regard masculin se targuait d'être désirant – qui amenait les femmes à avoir d'elles une image dévalorisée. Cette image les fatiguait, les usait même, par des tas de mécanismes nerveux et endocriniens.

Je vérifie encore aujourd'hui que cette dévalorisation entretient leur manque de confiance en elles et vient alimenter leur soi-disant insuffisance sexuelle.

L'enseignement des résistances à la contraception

J'ai déjà dit à quel point l'arrivée de la contraception a également été une étonnante source d'enseignements pour moi, y compris à travers les résistances à la contraception. Elles ont été extrêmement nombreuses, illogiques, irrationnelles, paradoxales et déroutantes. En tant que psychosomaticienne, j'étais particulièrement armée pour aborder ces résistances sous leurs aspects psychologiques et psychosomatiques. J'ai fouillé, cherché, et d'abord j'ai été très frappée par la résistance de l'Église catholique, de beaucoup d'hommes politiques, parmi lesquels la majorité des sénateurs, de l'Ordre des médecins, et de beaucoup de professeurs de médecine. Parmi les médecins « de base », de façon très schématique les plus âgés étaient contre la contraception, les plus jeunes étaient pour.

Dans le domaine conjugal, voir des maris devenir impuissants parce que leur femme prenait la pilule a été pour moi un choc très instructif. J'imaginai que les hommes seraient, au contraire, débarrassés de la hantise du *coitus interruptus* et soulagés de pouvoir vivre leur sexualité sans ce type de contrainte, ce qui a été vrai pour un grand nombre d'entre eux.

Mais c'est vrai que ce qui se passait était fondamental. C'était une vraie révolution. Pour la première fois dans l'histoire de l'humanité, les femmes pouvaient décider seules de concevoir. Le pouvoir sur la reproduction échappait aux hommes qui se retrouvaient sous la dépendance de la volonté et du corps des femmes. Certains hommes étaient autant humiliés que débordés par cette réalité nouvelle. Leurs réactions m'ont révélé la complexité de la sexualité masculine et surtout, ses aspects socio-psychosomatiques très importants, puisque cette perte de pouvoir sur la reproduction allait jusqu'à en rendre certains impuissants ! Peu à peu, la proportion des réactions psychosomatiques masculines s'est révélée plus importante que celle des femmes.

Chez les femmes, certaines ont résisté à la contraception parce qu'elles la voyaient comme une atteinte à leur statut féminin classique. D'autres ne prennent pas la pilule parce qu'elles ont peur de menacer leur intégrité ovarienne si précieuse. Elles manquent d'informations sur la pilule, sur les ovaires, l'hypophyse, le fonctionnement de l'ovulation. C'est encore le cas de certaines femmes aujourd'hui, et ce n'est pas étonnant parce qu'encore aujourd'hui, malgré tous les efforts, elles n'ont toujours pas de bonnes informations sur leur corps. L'éducation sexuelle a été un échec indéniable en France. Ce manque d'information a été la porte ouverte à des réactions globales, et aveugles d'une certaine manière.

Maladies psychosomatiques sexuelles des femmes

Tout le champ psychosomatique et l'approche psychosomatique des souffrances et des difficultés sexuelles chez les femmes sont marqués par deux ordres de faits :

- le corps de la femme, comme nous l'avons déjà dit, ne lui appartient, malheureusement, pas totalement, parce qu'il est l'enjeu du besoin de reproduction de l'humanité et parce qu'elle ne le connaît pas ou mal ;
- le corps de la femme, et son potentiel érotique et amoureux, fait l'objet du désir masculin. Quand ce désir masculin ignore, que ce soit par maladresse, manque de connaissances ou machisme ordinaire, son désir à elle, sa volonté à elle, elle n'a pas de plaisir, elle est prisonnière.

En gynécologie psychosomatique, j'ai découvert combien étaient fréquentes les atteintes, les moqueries et le mépris (même s'il était teinté d'envie) dont avaient été, et sont encore, victimes les filles de la part des hommes de leur famille, surtout au moment de la puberté et de leur féminité naissante, quand apparaissent les seins et que s'arrondissent les fesses. Comment faire pour apprendre aux hommes le respect du corps des femmes tout au long de leur vie ?

À l'extrême de la chaîne du manque de considération des femmes surviennent, avec une fréquence que l'on découvre maintenant, des violences conjugales et des incestes de la part de pères, de beaux-pères, d'oncles, de frères et de grands-pères... Les conséquences psychosomatiques de ces violences familiales sont nombreuses. Heureusement, des associations ont été créées pour défendre les femmes victimes de ces violences.

Toutefois, pour être juste, je précise au passage que même si les femmes sont plus victimes que les hommes de dévalorisation et d'adversité, les hommes ne sont pas à l'abri de pertes d'élan vital et d'insécurité qui sapent la sexualité.

Dans de nombreux cas, l'empreinte de la situation de dévalorisation dans laquelle sont les femmes les marque dans leur psychisme et leur corps. J'ajouterai que, peut-être, l'ignorance que les femmes ont de leur corps les prédispose à une limitation des représentations mentales.

Tout ceci est encore valable aujourd'hui. Je rencontre fréquemment des jeunes femmes, de vingt-cinq à trente-cinq ans, qui me parlent de douleurs aux rapports sexuels ou de difficultés sexuelles, et qui ont osé s'en ouvrir à leur mère. Elles ont entendu celle-ci leur dire : « Écoute, après tout ce n'est pas grave, tu n'as qu'à faire semblant » ; « La femme c'est fait pour souffrir. » Phrases stupides, même toxiques et dangereuses. Ces mères qui les ont élevées, même si elles ne sont séparées

d'elles que par une seule génération, sont d'une autre époque. Beaucoup n'ont pas elles-mêmes de bonnes vies sexuelles, ni de respect et de connaissance de leur propre corps et, en tout cas, ont été élevées dans la dévalorisation de la femme.

Dans mon travail, je fais souvent cette remarque : « Votre mère est d'une autre époque », qui frappe les jeunes femmes ; elles prennent ainsi conscience qu'il y a eu une rupture de mentalité entre elles et leurs mères, et que si elles ont, elles, accès à l'information et aux connaissances, elles sont imprégnées des valeurs de leurs mères, venues de loin, dans la profondeur de leur être, sans même s'en rendre compte. Mais ce processus va vite en régressant, et la peur devrait être très atténuée d'ici à quelques décennies.

Chez les femmes, la sexualité et le souci de l'identité sexuelle sont au cœur des affections psychosomatiques gynécologiques les plus connues, c'est-à-dire :

- le vaginisme, qui est la fermeture involontaire du vagin rendant impossible toute pénétration du pénis ;
- les douleurs aux rapports sexuels sans vraie lésion apparente, nommées dyspareunies ;
- les algies pelviennes, ou douleurs du bas-ventre pouvant s'étendre aux régions lombaires ;
- le blocage du désir sexuel, syndrome psychosomatique par excellence et qui vient de causes psychiques très variées.

Le vaginisme, peur panique de la pénétration

Le vaginisme est une affection psychosomatique extrêmement fréquente. On dit qu'un mariage sur dix n'est pas consommé pour cause de vaginisme. En y réfléchissant un tant soit peu, ce symptôme est tout à fait logique étant donné l'ignorance des hommes et des femmes et le rôle et le statut attribués aux femmes depuis des siècles, c'est-à-dire celui d'un objet sexuel, lieu de la convoitise aveugle des hommes, et objet au service des travaux de la maison.

Le vaginisme est une contracture involontaire du « sphincter vaginal ». Ce muscle circulaire très tonique est situé un peu au-dessus de l'entrée du vagin. Un spasme, provoqué par la peur, entraîne la contracture de ce muscle. Cette contracture bloque totalement non seulement l'intromission d'un petit spéculum lors de l'examen gynécologique, mais *a fortiori* le passage du pénis, qui bute comme sur un

obstacle infranchissable. Ce sphincter vaginal est situé à environ deux centimètres de l'entrée du vagin. Dans beaucoup de cas, les femmes vaginiques imaginent que derrière ce sphincter il y a une muqueuse ou un muscle fragile, ou bien des organes inconnus qui pourraient être détériorés par le pénis – elles vont jusqu'à dire qu'elles pourraient être « défoncées ». Elles s'imaginent que leur vagin est un lieu extrêmement étroit et que, si la pénétration a tout de même lieu, elles vont se trouver déchirées jusque dans l'utérus.

Le vaginisme se rencontre avec des profils psychologiques très divers. Cela prouve que des caractères très différents peuvent donner le même symptôme rendant la pénétration impossible. Cette peur panique de la pénétration existe en dehors du rapport sexuel, par exemple lors de la visite gynécologique. La femme vaginique peut accepter les jeux et les caresses érotiques mais, pour elle, le vagin n'a aucune existence réelle. Elle n'y a jamais mis un doigt, à peine y a-t-elle parfois glissé un tampon. Comme s'il était impossible de forer un trou là où, selon elle, il n'y en a pas. Phobie entre les phobies, le vaginisme est un trouble de l'image de soi.

Certains hommes, eux, devant des femmes vaginiques, n'osent pas forcer le passage et la situation peut rester bloquée très longtemps (pendant des décennies comme je l'ai parfois constaté), entraînant chez les deux partenaires du couple un marasme, une misère soigneusement cachés à tout le monde, y compris au médecin, ou parfois un fatalisme étonnant.

Schématiquement, on rencontre deux types de caractères chez les vaginiques :

- les femmes de caractère infantile, couvées par les parents et surtout par la mère, filles uniques ou petites dernières enfants gâtées;
- des femmes d'apparence hardie, grandes sportives ou chargées de responsabilités professionnelles, apparemment combatives, mais qui, cependant, sur le plan du corps ont aussi peur que les précédentes.

Inhibées ou agressives, chez ces deux types de personnalités l'élément déterminant est d'avoir été élevées dès la toute petite enfance dans un milieu sociofamilial strict et rigide, souvent avec des principes religieux. Dès l'enfance, leur féminité a été bridée, voire culpabilisée. La plupart d'entre elles n'ont pas trouvé dans les images parentales de quoi construire leur propre identité sexuée, dont le flou est souvent le reflet du flou de la féminité et de l'identité sexuelle maternelles, ainsi que du peu d'évidence de la virilité paternelle, ou parfois d'un autoritarisme maladroit.

D'ailleurs, au début d'une consultation pour vaginisme, je demande à la femme, soit au premier soit au deuxième entretien, de dessiner comment elle se représente son vagin et, plus largement, sa zone génitale. Dans un très grand nombre de cas, elles sont très embarrassées et finissent par faire un petit dessin riquiqui représentant un conduit vaginal étroit avec un trait à la vulve, comme une barre, qui montre que le passage est totalement fermé. Ou alors un seul conduit pour le vagin et le canal urinaire. Et quand, dans les consultations ultérieures, je cherche à savoir ce qu'elles craignent si leur compagnon pénétrait quand même, elles expriment une grande frayeur, comme s'il pouvait percer la matrice ou l'intestin. Naturellement, je leur montre des schémas et on essaie de refaire le dessin ensemble.

On voit aussi des cas de vaginisme chez les filles qui ont été « maudites » par le père, comme ces sœurs à qui leur père, un homme autoritaire et alcoolique, époux d'une femme soumise, ne cessait de répéter pendant toute leur adolescence : « Vous n'êtes que des putains ! Vous serez des putains ! »

Le vaginisme est essentiellement dû à la peur. Tout concourt à faire peur aux femmes : peur d'avoir mal, peur de l'inconnu, peur transmise par les mères ou haine du corps féminin transmise par les pères. Il est favorisé par la dévalorisation sociale des femmes et les images néfastes sur leur corps : « la femme est faible », « elle est faite pour avoir mal », « il est normal d'avoir très mal au premier rapport »... Hélas, la liste de ces stéréotypes est longue. Le vaginisme est un symptôme qui reflète bien la peur que les femmes ont du corps de l'homme et de la puissance de l'homme, capable de « mettre enceinte » une fille ou de la violer.

Bien évidemment, les fillettes et jeunes filles victimes d'agressions sexuelles, comme les incestes et les viols, mais aussi les victimes d'hommes exhibitionnistes avec leur pénis en érection, sont malheureusement des « candidates » au vaginisme dans leur vie adulte. Il faut aussi mentionner les vaginismes dits « secondaires », qui surviennent après un viol chez des femmes qui, jusque-là, avaient une vie sexuelle normale.

Les dyspareunies

Ce mot désigne la douleur aux rapports sexuels, au moment de la pénétration du pénis. À la différence du vaginisme décrit ci-dessus, le pénis peut pénétrer dans le vagin, mais il se produit une douleur pendant le rapport, à l'entrée ou dans le fond du vagin.

- *Dyspareunies superficielles*

La douleur peut apparaître dès l'entrée du vagin, soit tout à fait à la vulve, soit un petit peu plus haut. Elle est souvent due à une irritation de la vulve par une mycose, un colibacille ou un *Chlamydiae*, ou à toute autre infection microbienne, et elle devrait guérir avec des soins appropriés prescrits par la gynécologue.

Une autre circonstance où apparaît la dyspareunie superficielle, c'est lorsque le couple, et particulièrement le compagnon, ne sait pas qu'il faut attendre la « mouillure vaginale », c'est-à-dire l'excitation sexuelle, avant de pénétrer le vagin d'une femme. On pourrait penser que cette précaution élémentaire est connue des hommes et même des femmes, et qu'elles devraient la faire respecter. Malheureusement, souvent encore, les hommes ne le savent pas. Éventuellement, les femmes ne le savent pas non plus, mais parfois elles n'osent pas dire à leur compagnon qu'il faut attendre le temps nécessaire pour que cette mouillure survienne. Et les hommes ignorants pensent que leur femme est « trop lente ».

- *Dyspareunies profondes*

C'est une autre forme de dyspareunie qui survient dans le fond du vagin. Cette douleur peut être due à une lésion du col du vagin, mais aussi à une lésion des ligaments de part et d'autre du vagin, qui maintiennent l'appareil génital, c'est-à-dire l'utérus et les ovaires. Une dyspareunie profonde nécessite un examen gynécologique approfondi, et parfois une coelioscopie (qui consiste à introduire un petit miroir par une petite ouverture).

Ces dyspareunies, souvent dues à des lésions inflammatoires ou organiques, sont toujours aggravées par des facteurs psychologiques plus ou moins conscients. Car la douleur dans ce domaine délicat et symbolique qu'est la zone génitale ne peut pas ne pas avoir de retentissement psychologique.

On trouve pour expliquer l'origine psychosomatique des dyspareunies bien des facteurs qui provoquent également les vaginismes : éducation rigide, parents peu ou trop attentifs, peur de l'homme, mais surtout méconnaissance du corps et conscience réelle de la délicatesse de cette architecture génitale.

Le manque d'information sur la sexualité peut prédisposer une femme à la dyspareunie, en créant chez elle une crainte pour son appareil génital. De même, si une petite fille n'a pas d'information sur

l'ovulation et la menstruation, et qu'elle voit arriver du sang avec frayeur lors de ses premières règles, tout au long de sa vie elle pourra souffrir davantage lors des menstruations qu'une jeune fille bien préparée.

Il est probable que la peur d'avoir une infection grave dans un domaine aussi précieux doit rendre la femme réticente devant le rapport sexuel.

Une dyspareunie peut exprimer aussi le désir, plus ou moins conscient, d'éviter des rapports sexuels avec un homme peu aimé.

Les grossesses n'arrangent pas les choses. À la maternité de l'hôpital de Saint-Denis, j'ai vu beaucoup de dyspareunies profondes chez des femmes ayant eu des accouchements plus ou moins difficiles. Chez elles, je me posais la question de la part organique, cicatricielle, et de la part revenant à un désir d'espacer les rapports et d'avoir un prétexte, la douleur, pour refuser ces rapports. C'est le « bénéfice secondaire » inconscient de la douleur. Dans les classes défavorisées, beaucoup de femmes ne font pas de kinésithérapie post-partum et éprouvent souvent, après un accouchement, une pesanteur du bas-ventre par manque de musculature. Cela peut expliquer aussi la dyspareunie ou le peu d'entrain aux rapports sexuels.

Les algies lombo-pelviennes

Distinctes des vaginismes et des dyspareunies, les algies lombopelviennes sont des douleurs proches de la zone pelvienne, génitale, irradiant souvent vers les régions lombaires. C'est une autre forme de douleur dans laquelle également la femme souffrante a du mal à se laisser examiner.

Quoi qu'il en soit des causes lésionnelles organiques dont nous n'avons pas à parler ici, infections passées, opérations ou endométriose (prolifération sur les ovaires ou les trompes de petits nodules non cancéreux faits de tissu endométrial), la note psychosomatique est très présente. Et, si on a le temps d'écouter l'histoire de vie, on verra qu'il y a eu des accidents inquiétants dans la région abdominale (par exemple une péritonite, un ulcère de l'intestin), et qu'il peut y avoir un « bénéfice secondaire » du fait de continuer à avoir mal, pour se faire prendre en charge, ce qui relève aussi de la psychosomatique.

Attention : non seulement il ne faut pas prendre ces patientes pour des simulatrices, mais, au contraire, il faut au maximum s'occuper de leur psychisme et de leur corps : massages, cures thermales, kinésithérapie, etc.

Les anaphrodisies

Le blocage du désir sexuel, encore appelé par les savants « anaphrodisie », est considéré par les sexologues et les psychiatres comme une maladie féminine par excellence, et sur laquelle j'ai envie de dire quelques mots maintenant. Ce blocage du désir est mis en place par la femme, par la partie inconsciente de son être. Elle ne le fait pas exprès, et de loin. Elle en souffre énormément – et son compagnon souffre aussi de cette situation. Elle ne sait pas d'où ça vient.

Quand on l'écoute après lui avoir donné du temps, souvent beaucoup de temps – et de l'espace aussi, parce qu'on parle parfois d'autre chose que de sexualité –, on apprend que cette femme s'est mariée, souvent, avec enthousiasme ou précipitation, et qu'elle ne savait pas ce que représente la vie à deux, la vie conjugale, la vie d'une femme qui, soit travaille au-dehors et a une double journée, soit ne travaille pas à l'extérieur et s'ennuie – à moins de se consacrer à l'édification d'un intérieur soigné, mais, au bout de quelque temps, cela peut donner une sensation de vide...

La réalité de la vie conjugale et sexuelle, la découverte que cet homme, qu'elle aime ou qu'elle a cru aimer, n'est pas du tout comme elle, qu'il ne jouit pas comme elle, et qu'elle ne jouit pas comme lui, la laisse désemparée. Elle ne connaît pas la différence entre sa physiologie sexuelle et celle de l'homme. Donc, souvent, elle se croit incapable d'être une femme normale qui peut satisfaire son mari. Et elle ne trouve pas autour d'elle, même parfois chez sa gynécologue, des renseignements rassurants. Heureusement, elle trouvera chez celle-ci une sympathie, et parfois une identification à une femme rassurante.

Mais il n'y a pas que cette déception sur la vie sexuelle et la différence avec l'homme. Il y a aussi souvent des différences de langage. Elle s'attend à ce que son mari lui parle comme elle-même voudrait lui parler. Il ne s'intéresse pas aux mêmes choses qu'elle, et probablement elle ne s'intéresse pas, ou ne comprend pas, ce qu'il pourrait lui raconter, sur son travail à l'entreprise ou au bureau, ou son goût pour le football ou le rugby. Le langage de l'amour est aussi très différent chez les deux. La femme aime les mots d'amour. L'homme ne sait pas les dire, ou est trop pudique pour les dire. Il croit qu'il manifeste son amour par une disponibilité érectile constante, c'est-à-dire par son désir.

Bien des configurations sont possibles. Souvent, le pénis fait peur à la femme, surtout si elle n'a pas eu de frère ; elle peut se sentir incertaine de son identité sexuelle à cause de rêves possiblement homosexuels, ou

culpabilisants ; elle a peur d'elle-même parce qu'elle a des rêves agressifs, envers sa mère ou envers son père. Les rêves incestueux, ou le conflit œdipien non résolu ne sont pas loin. Il peut aussi y avoir un conflit, avoué ou non, avec les femmes de la belle-famille, la mère et les sœurs de son mari.

Des femmes peuvent ainsi bloquer leur désir parce qu'elles n'acceptent pas des pensées ou des fantasmes plus ou moins conscients, qu'elles désapprouvent. On dirait, en termes psychanalytiques, que leur Surmoi désapprouve leur Ça. Se croire anormal(e) peut bloquer le désir et entraîner un état permanent d'angoisse et de mal-être.

Le blocage du désir, déception de la rencontre homme-femme ?

Comme un animal traqué de toutes parts qui ne sait plus de quel côté aller et s'immobilise, paralysé, la femme, ne trouvant pas d'issue à son problème, renonce à beaucoup de choses, à ses désirs, à ses rêves... Toutes ces raisons psychologiques entraînent une dépression somatique avec ralentissement de l'élan vital et des sécrétions des hormones hypophysaires, surrénaliennes et sexuelles. Le corps se déprime et cesse d'avoir du désir.

Cet ensemble psychosomatique typique de la sexualité féminine n'a jamais été analysé ni expliqué comme tel. Au contraire, pendant longtemps, on a étiqueté ces blocages du désir féminin comme étant dus à la nature fragile, immature, voire hystérique de la femme... Ce n'était jamais la faute des conditions de vie, qu'elles soient sociales (le statut inférieur des femmes dans la société) ou conjugales (le comportement de l'homme vivant à ses côtés).

Depuis quelques années, des femmes venant pour blocage du désir expriment qu'elles sont lasses d'être traitées comme des objets sexuels par leur mari, qu'il soit toujours le demandeur, qu'elles aimeraient plus souvent prendre l'initiative et ne pas se conformer aux « habitudes sexuelles » des hommes. Elles veulent pouvoir, elles aussi, être demandeuses en matière de sexe, ce qui est une nouvelle étape dans l'accomplissement des femmes, plus en conformité avec leur nouveau statut social et professionnel.

Dans ma pratique comme dans l'intimité de mon être, et parce que je suis une femme comme toutes les autres femmes, je reprends à mon compte ce que des centaines de femmes m'ont dit et continuent à me

dire. Quand elles viennent me voir, je me mets à leur place et ne les considère pas *a priori* comme des malades ni comme des folles.

Quel chemin parcouru depuis Freud ! Si, pour lui, les femmes étaient des hystériques qui fantasmaient, c'était sûrement qu'il ne comprenait rien à ce qu'elles lui racontaient. Au cours de conférences, j'ai très souvent eu le sentiment qu'on ne comprenait pas du tout ce que je disais quand je parlais des femmes, et en particulier de la façon dont leur statut dévalorisé retentit sur leur « moral » donc sur leur « physique ».

Dramatique méconnaissance du corps

L'information fait en soi partie du traitement psychosomatique, chez les hommes comme chez les femmes. Chez ces dernières, c'est quotidiennement que je constate combien la connaissance de leur propre corps a d'importance.

Par exemple, la « première fois » est l'objet de tous les fantasmes, car l'ignorance sur l'hymen est totale. Les femmes croient toujours que la membrane hyménéale est dure, alors qu'il y a cinquante formes différentes d'hymen. Quoi qu'il en soit, si l'homme ne sait pas qu'il faut d'abord prodiguer des caresses sur tout le corps afin qu'apparaisse la mouillure vaginale, et s'il pénètre dans un vagin sec, forcément, c'est douloureux. Donc beaucoup de filles racontent à leur copine qu'elles ont eu mal à leur premier rapport – sans parler des mères qui, victimes de la même brutalité, transmettent cette fausse information.

Le corps féminin est extrêmement riche sur le plan sensoriel, sensuel et physiologique. La nature a doué les femmes en général d'une sensibilité et d'un esprit d'intuition remarquables et mal employés. Mais quand une femme ne peut pas s'exprimer par des paroles et une plainte construite et élaborée, quand elle ne sait pas et ne peut pas dire avec des mots ce qui lui manque pour vivre son désir et son plaisir, c'est son corps qui s'exprime en recourant à des souffrances et des contractures qui vont lui permettre de raréfier, ou de refuser, les relations sexuelles dont elle ne veut pas.

Une mycose tenace

Delphine, vingt-sept ans, est venue en consultation pour absence totale de désir. Elle n'a jamais connu l'orgasme et ne sait donc pas ce que c'est. La sexologue qu'elle a vue quatre fois lui a conseillé de se masturber. Les sexologues ont de tout temps conseillé le recours à la masturbation et

donnent des conseils précis et techniques pour la réussir. Dans beaucoup de cas, ce conseil donné par un médecin peut être libérateur, et je l'approuve sans réserves. Mais c'est de loin insuffisant pour guérir une difficulté sexuelle ou, au moins, améliorer la situation de façon durable, comme l'illustre ce cas.

Cette patiente, en effet, n'a jamais pu se masturber, sans toutefois dire à la sexologue qu'elle avait un problème plus général : elle ne peut toucher son corps ni au niveau du clitoris ni ailleurs. Et, en approfondissant, elle finit par me dire qu'elle ne peut pas toucher son compagnon non plus – ni sur le sexe ni ailleurs. C'est d'avoir entendu cette plainte maintes et maintes fois qui m'a fait reconnaître chez cette jeune patiente un trouble beaucoup plus profond, qui va au-delà du simple manque d'information ou de la culpabilité de franchir les tabous religieux ou parentaux. Mon hypothèse, c'est qu'elle a un trouble de la période archaïque où se forment les rigidités et les « fermetures » de l'organe peau au monde et au toucher – toucher de l'autre et de soi-même.

Cette jeune femme vit depuis cinq ans avec un Tunisien né en France, très doux et très délicat. Elle ne peut plus avoir de rapports avec lui, car elle a mal à toute tentative de pénétration, dès qu'il touche à la région vulvaire (les grandes lèvres, les petites lèvres, clitoris et capuchon du clitoris). Elle souffre d'une dyspareunie superficielle.

Delphine a commencé sa vie sexuelle tôt, entre quatorze et quinze ans, et a eu de nombreux rapports dont elle avait envie. Ces rapports étaient satisfaisants, avec orgasme. Elle recherchait beaucoup les garçons car elle ne recevait pas de tendresse chez elle. Elle est mignonne et attirée par les garçons. Pourtant, maintenant, elle aime son compagnon mais ne peut plus avoir de rapports. *Que s'est-il passé entre dix-sept et vingt-sept ans ?* Elle a fait une infection génitale lors de sa troisième relation, une mycose prolongée, qui l'a tenue éloignée des garçons pendant quelques mois. Traitement, guérison, jusqu'au jour où un autre garçon avec qui elle vivait l'a pénétrée sans aucune préparation amoureuse, ou sans préliminaires, alors qu'elle était un peu irritée. Ce jour-là, la mycose a recommencé. Depuis ce temps, elle hésite beaucoup devant les rapports qui réveillent à chaque fois la douleur. Maintenant, la douleur s'est installée définitivement. Tout son comportement sexuel et son désir se sont modifiés et son corps est conditionné pour refuser les rapports.

Elle a vu plusieurs gynécologues. La dernière l'a envoyée chez une psychanalyste ; après plusieurs entretiens analytiques en face-à-face, pendant quatre à cinq mois, elle n'a plus eu envie de poursuivre car elle a senti que c'est dans son corps que se trouvait le problème. Et que ce corps restait très tendu. D'elle-même, Delphine a pensé que la contracture de tout son

corps était un obstacle à une guérison et elle a cherché une méthode convenant à son corps.

Après de longues recherches, elle a trouvé en librairie un de mes livres, *Relaxation et sexualité*. Elle l'a lu et elle a demandé à sa gynécologue mon adresse. Cette dernière, qui me connaît, me l'a envoyée.

Cela appelle déjà deux commentaires :

– une maladie du corps détourne, anéantit, abolit, efface le désir, chez la femme comme chez l'homme. La douleur se produit d'abord, et la tête réagit secondairement par la disparition du désir ;

– une personne en analyse peut découvrir elle-même qu'elle a besoin d'une thérapie corporelle – sans que l'indication soit faite par une gynécologue ou par un psy.

Pourquoi la gynécologue a-t-elle d'abord envoyé sa patiente chez le psychanalyste ? A-t-elle entendu la jeune fille dire qu'elle ne s'entendait pas avec ses parents ? Ou bien est-ce que la psychanalyse représente à ses yeux une valeur plus sûre parce qu'elle pourrait tout soigner ?

Quelles que soient les réponses, cela montre et le poids de la psychanalyse et, en tout cas ici, ses limites : elle ne peut pas tout soigner, en particulier les maladies du corps.

Revenons au cas de Delphine. Alors qu'elle a commencé très tôt une vie sexuelle satisfaisante, l'arrivée ensuite de la douleur, venue au début d'une infection microbienne et causant une rougeur et une tuméfaction des lèvres, grandes et petites, a créé peu à peu un conditionnement avec aversion pour le désir. Cela en fait presque un cas d'école illustrant qu'un comportement peut se créer à partir d'une douleur.

Ce cas montre aussi qu'une patiente qui souffre peut sentir par elle-même quel est son vrai besoin : soit un besoin d'éclaircissement mental avant tout, soit un besoin de prise de conscience du corps de préférence.

La thérapie, pour cette jeune femme, va consister pour moi à la revaloriser de deux manières : par la relaxation avec son propre corps et, deuxièmement, par la revalorisation verbale, au cours d'entretiens dans une relation psychothérapeutique d'empathie et de confiance (ce qu'on appelle le transfert). Dans la relaxation, je vais utiliser le déconditionnement : ce qui a été conditionné dans le sens « douleur, rapport, mal-être » va être reconditionné dans l'autre sens : bien-être, rapport, effacement de la douleur et plaisir (cf. chapitre 9, « La relaxation »).

Ce cas est extrêmement fréquent dans la pratique des gynécologues, qui soignent pendant des mois des jeunes filles présentant des mycoses ou des infections vulvo-vaginales diverses sans aucun succès et qui, en

désespoir de cause, après de multiples traitements anti-infectieux, s'adressent au psychanalyste. Et malheureusement, souvent sans amélioration de la mycose.

Maladies psychosomatiques sexuelles des hommes

Chez les hommes, il y a trois maladies psychosomatiques sexuelles : l'impuissance et l'éjaculation précoce ou prématurée (qui sont deux aspects d'une éjaculation précoce). Il existe aussi des éjaculations sans plaisir, qui ne sont pas les cas les moins graves, ainsi que des cas rarissimes d'anéjaculation (non-éjaculation).

Il existe aussi certains hommes, dont il est impossible de préciser le nombre, qui sont atteints d'un syndrome psychosomatique par excellence et qui se manifeste par une absence de désir devant un corps de femme. Sans qu'il y ait une homosexualité, même si très souvent ce genre d'homme a eu des rapports homosexuels, ou de masturbation réciproque entre hommes, rapports qui n'ont pas duré. Ce ne sont pas eux qui viennent voir le médecin, mais les femmes qui les côtoient qui s'en plaignent, d'autant plus que ce « déficit fonctionnel de l'énergie neuropsychique » (Pierre Janet) atteint tous les aspects de la vie. La plupart de ces hommes restent célibataires. Ils ne veulent pas s'engager dans une relation de couple, pour ne pas prendre de responsabilités et pour ne pas se fatiguer. Sans être antifemmes, ils n'ont pas envie de se « donner du mal » pour avoir des rapports avec une femme.

Impuissance et éjaculation précoce

Les cas de psychosomatique sexuelle chez les hommes sont extrêmement nombreux, beaucoup plus qu'on ne le soupçonnait autrefois, avant l'apparition de la sexologie. L'ignorance comme les valeurs de notre époque, à savoir la compétition et le mythe de la performance, entretenus par la publicité, favorisent ces cas. Il ne faut pas oublier non plus que les femmes, en fréquentant les sexologues, ont contribué à évoquer, à tort ou à raison, la part de responsabilité de leur compagnon. Au fur et à mesure que les femmes posent des questions à leur gynécologue ou à un sexologue sur leur propre insuffisance, un jour ou l'autre elles en viennent à mettre en cause la « puissance sexuelle » de leur compagnon.

Il y a aussi beaucoup d'hommes seuls qui présentent des symptômes de psychosomatique sexuelle et ceux-là, n'ayant pas de compagne, recourent souvent à la masturbation. Cela les rend encore plus craintifs devant une relation qui se présenterait, car ils craignent que la masturbation les prédispose à l'impuissance. Bien des hommes impuissants sont tentés de recourir aux services d'une prostituée, pour voir si avec elle ils retrouvent l'érection. Parfois ils retrouvent une certaine vigueur ; le fait de payer la prostituée leur donne une impression de puissance qui agit pour relever le pénis.

Accablé par la vie

M. X., âgé de cinquante-sept ans, est impuissant depuis au moins douze ans, et se plaint d'une extrême fatigue. Il ne se souvient pas exactement de la date à laquelle son trouble a commencé parce que, effectivement, le début de l'impuissance peut être progressif : une panne un soir, qui a l'air de s'arranger, et qui réapparaît plusieurs mois après et puis s'installe.

Il s'est marié très jeune, vers vingt ans, avec une fille de sa promotion. Un mariage dit d'amour. Leur malheur a voulu que leur premier enfant soit une petite fille mongolienne. Coup du sort qui a été le début de sa dépression. Surtout, il s'est senti écrasé par la réaction de sa mère, catholique très pratiquante, qui s'est posée en donneuse de leçons de morale au jeune couple : elle a pris sous sa coupe la petite fille, allant la voir tous les jours dans l'institution où elle résidait et la prenant le week-end, les parents n'ayant pas voulu obérer leur mariage en la gardant avec eux.

La mère de M. X. a agi avec la complicité (passivité) de son mari, figure effacée et mauvais modèle de père pour M. X. Celui-ci dit souvent de son père qu'il n'a pas de courage et que son propre caractère a été « scié » par l'omnipotence de sa mère dont il a souffert depuis l'enfance. La femme de M. X. n'a pas supporté cette omnipotence ni l'absence de courage de son jeune époux devant sa mère. Elle a demandé le divorce très rapidement après la naissance d'un deuxième enfant, apparemment normal, et sur lequel le jeune couple a reporté tous ses espoirs. Mais, jusqu'à ce qu'il ait dix ans, ils n'ont pas informé ce petit garçon qu'il avait une sœur et qu'elle est handicapée. Aujourd'hui il en veut terriblement à ses parents d'avoir divorcé et de lui avoir caché l'existence de sa sœur.

Après le divorce, sa femme a eu pendant des années un compagnon. De son côté, lui a rencontré une femme, J., dont il a été l'amant pendant un temps mais avec qui il a commencé à être impuissant. Cette femme exigeait de lui, premièrement qu'il quitte son pavillon et déménage pour

vivre avec elle, deuxièmement qu'il l'épouse et lui assure sa situation sociale. Elle lui disait tout le temps qu'elle connaissait quelqu'un d'autre et devenait agressive. Elle voulait des cadeaux et il ne lui en faisait pas. L'impuissance de M. X. est devenue définitive. Il a vu naturellement plusieurs sexologues, s'est soumis à des examens biologiques très coûteux mais remboursés par la Sécurité sociale. Quand il est arrivé chez moi, il était écrasé non seulement de fatigue, mais de gêne et de honte de lui-même. Sentiment d'échec cuisant accompagné d'un état dépressif : c'est une impuissance psychosomatique avec intrication des causes.

Mon travail a consisté à faire apparaître discrètement le caractère intéressé de cette amie, et à valoriser son ex-femme (qui a accepté de venir dans mon cabinet). Il revoit son ex-femme mais ils sortent en copains.

Cet homme a été littéralement cassé par sa mère, il n'a pas de modèle de père, une malchance réelle avec sa première petite fille et une mauvaise relation avec son fils, un mariage raté et une relation actuelle peu satisfaisante : échec sur le plan de la relation parentale, autre échec avec sa filiation. Il se sent toujours coupable de ne pas s'être occupé de sa fille (une culpabilité qu'il n'exprime pas mais qu'on ressent).

Il est devenu impuissant parce qu'il a une colère rentrée contre sa mère. Il est impuissant devant elle, comme il a été impuissant devant le sort – il n'accepte pas le sort. Il est impuissant devant ses chefs au travail. Il est impuissant à retrouver une autre femme et celle qui lui plaît le soumet.

Il y a des points sur lesquels je n'ai pas insisté, puisque, dans ces consultations de psychosomatique, j'attrape toute occasion pour comprendre la personne mais aussi pour remonter au plus vite le tonus et la confiance qu'elle peut avoir en elle-même.

Même si j'écoute le cas avec une vision et une analyse de type freudien, je suis dans une psychothérapie de soutien et j'utilise mes connaissances au service d'un réconfort qui sera le plus rapide possible. Je n'allais pas le laisser « mariner » plusieurs années dans sa dépression. D'ailleurs, il avait vu un psychanalyste avant moi et il avait abandonné au bout de six mois, plus déprimé qu'avant. Il a cinquante-sept ans, il n'y a pas de temps à perdre.

Deuil

Les cas de psychosomatique sexuelle n'ont pas toujours une constellation psychique aussi polyvalente. Souvenons-nous du cas de cet homme veuf, présenté dans le chapitre sur les hommes (p. 108). Je pour-

rais ajouter à son sujet que son symptôme c'est l'impuissance, mais aussi l'affrontement avec la mort et la vieillesse, dont il a pris conscience au décès de sa femme. C'est l'irruption de la mort dans une vie qui jusque-là se déroulait bien, qui est cause d'impuissance. Ce cas évoque aussi la non-préparation des Occidentaux à la mort, source d'anxiété courante.

Amoureux de sa femme ou de sa mère ?

L'attachement œdipien avec un quasi-attachement amoureux à la mère est une source fréquente d'éjaculation précoce qui, si elle n'est pas traitée, se transformera en une impuissance.

M. G., beau jeune homme blond aux yeux bleus, est marié depuis trois ans avec une femme assez jolie qui a été choisie par sa mère. Cette dernière, que je connais, est intelligente, mignonne et a mené d'une main de maître la société de son mari, décédé brutalement. Quand son garçon a eu quinze ans, elle s'est fait aider par lui et il a ensuite repris l'entreprise. Il s'est marié avec une certaine attirance pour sa femme, mais pendant leurs rapports sexuels, il avait du mal à la pénétrer. Sa femme ressemble à sa mère. Je n'aurais pas su dire s'il était amoureux de sa mère ou de sa femme. Sa mère est venue me voir plusieurs fois pour savoir ce que je pensais de l'impuissance de son fils – alors que je n'ai jamais vu sa femme !

Surcharge émotionnelle

Un couple jeune et distingué vient consulter pour stérilité secondaire. C'est-à-dire qu'il y a déjà un premier enfant et que le second, malgré leurs efforts réitérés, ne s'annonce pas. Le brillant obstétricien qui les suit pressent qu'il y a des causes psychologiques à cette situation et m'adresse le couple. Après les avoir vus ensemble une première fois, je les vois séparément pour relaxation psychothérapeutique.

L'homme, très élégant, a une excellente situation, gagnant beaucoup d'argent dans une affaire léguée par son père qui vit aux États-Unis, retiré des affaires à cinquante ans. Son fils gère la société pour lui ainsi que pour ses deux sœurs dont l'une a commis plusieurs tentatives de suicide. Mon patient se sent responsable de sa sœur.

Lors de notre première séance de relaxation, il est très tendu et réticent et accepte la relaxation dans la mesure où il l'intègre à sa pratique sportive. Il me confie qu'il a une éjaculation précoce alternant avec des phases d'impuissance. et je fais l'hypothèse que son

éjaculation précoce actuelle est due à sa situation de fils aîné responsable pour les débordements psychotiques de sa sœur et à la nécessité de fournir à son père les revenus nécessaires pour un train de vie luxueux. Il croule sous les responsabilités. Dans ce cas, l'éjaculation précoce est due à une surcharge émotionnelle.

L'éjaculation précoce est souvent due à la peur de l'échec sexuel ou de l'échec dans la vie, l'érection étant assimilée à une preuve de réussite.

Peur + agressivité + colère = éjaculation précoce

Ce couple qui vient me voir, amoureux depuis dix ans, est à la recherche d'une sexualité totale. Cependant, lors des rapports sexuels, l'homme présente une éjaculation de la forme la plus précoce appelée *ante portas*, « devant la porte », c'est-à-dire qui se produit à l'entrée du vagin, avant même la pénétration. Cet homme et cette femme, désespérés, ne savent plus quoi faire. Peu à peu, le plaisir des caresses dites préliminaires s'est estompé. Elle, naturellement, comme toute femme d'un couple malheureux, a commencé par se dire que c'était elle qui était en cause. Les deux gynécologues consultés lui affirment qu'elle est normale, et d'ailleurs, ils introduisent le spéculum sans aucune difficulté – elle n'a donc pas de vaginisme.

Ils ont vu un médecin, puis deux puis dix. Et tous ont été impuissants à guérir ce couple, et incapables de comprendre et de poser les bonnes questions. Ce couple a vu des sexologues qui comprenaient aussi peu qu'eux-mêmes la situation. L'un des sexologues les a envoyés chez une sophrologue, avec laquelle ils ont fait vingt séances, sans résultat. Puis un article dithyrambique paru dans la presse féminine sur le service d'urologie d'un grand hôpital parisien leur redonne un peu d'espoir. Ils vont consulter et l'homme se voit prescrire du Viagra pendant plusieurs semaines. Comme on pouvait s'y attendre, aucun résultat sur cette éjaculation très précoce – mais des fourmillements et une rougeur intense du visage fort désagréable, presque un malaise dans cette situation. Échec plus angoisse.

Il s'est passé dix ans en tout, dix ans de silence et de souffrance. Au moment où je les rencontre, ils sont au bord de la rupture : l'homme, désespéré, déprimé, se dit que, puisqu'il aime sa femme, il va la laisser partir avec un autre homme qui pourra lui donner un enfant. Aucun médecin ne leur a demandé s'ils s'aimaient. Aucun médecin ne lui a demandé, à lui, quels avaient été ses rapports avec ses parents.

s'il avait peur de son père, ou de sa mère, alors qu'il est écrasé par une peur telle que même la colère ne peut pas sortir. Nous voilà en pleine psychosomatique.

Que peut-on faire? Tout d'abord, reconnaître la souffrance de ce couple, et aider cet homme à se débarrasser de cette peur de petit garçon qui est encore en lui, peur qui a généré une colère totalement refoulée.

Cet homme a eu dans sa vie tous les facteurs réunis pour en arriver à cette éjaculation extrêmement précoce : une mère bigote, qui préfère les autres enfants – il est l'avant-dernier de quatre enfants. Il est glacé de jalousie et doute de lui-même ; il n'a jamais eu aucun baiser ni aucune caresse ni de sa mère ni de son père. À onze ans, on l'a envoyé dormir chez le frère de sa mère parce qu'il n'y avait pas assez de place à la maison. Chaque soir, il quittait sa famille après le repas. Ses parents ne sont pas venus à son mariage. Il a une sœur qui, à dix-huit ans, a souffert d'une maladie mentale grave (psychose maniaco-dépressive), provoquant un nouveau questionnement chez lui.

Comme cette sœur est tombée malade au moment où elle abordait la sexualité, je suppose qu'elle est devenue folle sous le choc de la découverte du monde de la sexualité, à cause de son ignorance sexuelle de l'homme et d'elle-même. Lui, quand il a découvert que ce n'était pas sa femme qui était malade mais lui, s'est demandé s'il n'était pas fou comme sa sœur. Nouvelle peur, nouvelle souffrance ajoutée aux autres. De souffrance en souffrance, son monde interne s'est rétréci. Il se fait une image de lui-même qui tourne à l'obsession.

Combien y a-t-il de couples à travers la France qui sont dans cette situation ?

Peurs de ne pas être à la hauteur

Un certain nombre d'impuissances sont dues à des compétitions avec l'image du père. Par exemple, ce mathématicien africain, marié à une Occidentale, aimant sa femme, père de deux petits enfants, devient impuissant quand sa femme prend la pilule. Elle veut limiter sa famille à deux enfants alors que lui en veut beaucoup plus, car son père, chef de tribu, a eu douze enfants de trois femmes différentes. Pour lui, l'image de son père est noble et importante et il aurait honte devant son père et son milieu d'origine de limiter sa famille à deux enfants. Son impuissance vient de l'humiliation que lui inflige sa femme en n'acceptant pas d'agrandir la famille, et d'une certaine colère.

Enfin, il existe toute une série d'impuissances qui viennent des contraintes du métier, soit qu'un ouvrier ou un employé ait été humilié par son chef, ou un cadre par son directeur, soit que la situation indépendante d'un artiste expose celui-ci à des stress professionnels quand il prépare un concert ou une exposition. La situation est tellement stressante, avec une peur constante de ne pas être à la hauteur de sa réputation qu'elle entraîne l'impuissance.

L'environnement social joue pour les hommes comme pour les femmes. Les tendances actuelles de la publicité qui fait des femmes des objets sexuels sont un navrant retour en arrière pour elles comme pour eux, qui risquent de le payer cher : la publicité agit de façon négative sur eux en les enfermant dans des rôles également stéréotypés et souvent contraires à leur nature. Il est aisé de comprendre comment ces modèles peuvent créer une mauvaise image de soi et entraîner une peur de ne pas être à la hauteur. Ce qui les amène à produire des symptômes de psychosomatique sexuelle comme l'impuissance et l'éjaculation précoce.

C'est pourquoi j'affirme que l'ignorance, comme l'esprit de compétition et le mythe de la performance, favorisent ces cas.

Les processus psychosomatiques

Reprenons le cas de la jeune femme que nous avons vue plus haut. Elle a perdu le contact avec son corps et ne sait plus où elle en est de la direction à donner à sa vie. J'ajouterai que peut-être, spécialement, une jeune femme qui commence à coucher à droite et à gauche pour trouver de la tendresse peut se retrouver à prendre n'importe quelle liaison qui se présente, avec des hommes qui ne la traitent pas comme un individu, mais comme un objet sexuel. Parce qu'elle n'est pas reconnue en tant que personne, son corps va protester en même temps que son âme contre cette situation. De même, un homme qui va de liaison en liaison se prend lui-même comme objet sexuel et reste tout aussi insatisfait dans sa recherche de bonheur.

Tout être humain, qu'il soit homme ou femme, a besoin que sa vie ait un sens et, si elle n'en a pas, il va souffrir même de façon indéfinissable. On touche là au mécanisme mystérieux et intime de la psychosomatique, c'est-à-dire à l'interaction constante entre le corps et l'esprit et, au-delà, à l'interaction entre l'individu et son environnement. Dans le cas de cette jeune femme, la souffrance psychique entraîne la baisse

de l'immunité et une fragilité corporelle, qui va à son tour intensifier sa douleur psychique. La souffrance psychique et la réponse du corps vont se renforcer mutuellement.

La souffrance psychique entraîne une baisse de sécrétions de tout le système hormonal bien connue : glandes surrénales, glande thyroïde, système hypothalamo-hypophysaire. Mais elle entraîne aussi, très certainement, une perturbation dans la sécrétion des neurotransmetteurs. Il s'agit là de domaines nouveaux, où on émet des hypothèses sur la façon dont tous ces neurotransmetteurs agissent sur le psychisme.

La plupart des maladies psychosomatiques sexuelles s'accompagnent, d'une façon plus ou moins marquée, de troubles du caractère, avec des sentiments inconscients de culpabilité ou d'agressivité, ou les deux à la fois. D'ailleurs, de façon très psychosomatique, l'agressivité fait du mal à celui qui est agressif, en affaiblissant son système immunitaire et neurovégétatif par une dépense d'énergie considérable employée à tort et à travers.

Interaction entre la psyché et le soma

Comment se produisent ces interactions entre la psyché et le soma ? J'ai déjà dit que les mécanismes intimes et complexes par lesquels ils sont unis sont encore de l'ordre de la recherche. Toutefois, tous les chercheurs sont d'accord pour dire que des grandes voies de transmission psychosomatique existent, parmi lesquelles on peut citer :

- la voie hormonale ;
- la voie sanguine et humorale ;
- la voie des chaînes sympathique et parasympathique (système nerveux instinctif ou neurovégétatif qui dessert l'activité automatique des organes).

Il existe probablement d'autres voies, par exemple les voies cellulaire et neuronale. Que ce soit dans le cerveau ou dans les viscères, ou dans la peau, ou dans les muscles, il y a, partout, des groupes de cellules qui vont participer à cette fabuleuse organisation psychosomatique. La moindre de nos cellules est au courant de ce qui se passe dans toutes les autres cellules. Il y a une plasticité, une adaptation permanente de chaque neurone, ou cellule nerveuse, pour répondre aux besoins sans cesse différents de la vie. Quand on sait qu'il y a cent milliards de neurones et que leurs synapses (communications entre neurones) sont au nombre de 10 000 milliards, on comprend qu'aucune médecine ne peut tout expliquer ni prétendre tout guérir...

Mécanismes complexes et hypothétiques

Ce qu'on peut dire, c'est que les rapports de l'hypothalamus (voir ci-dessous) avec le système sympathique et parasympathique et avec l'ensemble du système hormonal expliquent la réactivité de tout ce qui se passe au niveau des organes sexuels et de leurs petits vaisseaux.

Chez les deux sexes, pendant l'excitation amoureuse, ce sont les nerfs du parasympathique qui entrent en jeu dans la courbe ascendante vers l'orgasme. Au moment de l'orgasme et après l'orgasme, c'est le système sympathique qui prend le relais.

Les perturbations affectives (une pensée négative, un souvenir désagréable, ou, très souvent, la peur de l'échec, etc.) agissent au niveau du cerveau, via l'hypothalamus, sur le système sympathique et parasympathique. Ces émotions perturbent et inhibent ce système nerveux ; l'excitation sexuelle est interrompue, et l'orgasme ne surviendra pas.

L'importance de l'hypothalamus

L'être humain possède un cerveau dit supérieur, ou cortex cérébral, qui est en relation avec toutes les parties du cerveau, et en particulier avec les organes des sens, la vue, le toucher, l'odorat, l'ouïe. Il est aussi, ce que l'on sait moins, en relation avec l'hypothalamus, que j'appelle le « chef d'orchestre des hormones et de l'équilibre dit humoral », car il orchestre ces connexions. Situé à la base du cerveau, de petite taille, l'hypothalamus est un cerveau dit « neurovégétatif », car les informations qu'il reçoit et les ordres qu'il émet sont inconscients et régissent le système végétatif – c'est-à-dire tout ce qui fonctionne hors de notre contrôle volontaire et a pour but d'assurer l'entretien de notre vie, de notre croissance et de nos réactions immunitaires. On trouve dans l'hypothalamus différents noyaux (ou aires, ou zones) dont chacun est préposé à la régulation d'une grande fonction de la vie.

L'hypothalamus est composé de cellules nerveuses, interconnectées les unes avec les autres et se transmettant directement de l'une à l'autre des messages ultrarapides. La transmission des ordres de l'hypothalamus à d'autres parties du cerveau se fait aussi par une élaboration de substances actives qui se propagent, sous forme de granules, le long des fibres nerveuses et envoient ainsi des messages, moins rapides mais plus durables. L'hypothalamus central reçoit aussi bien les informations provenant du monde extérieur par ses connexions nerveuses (douleur, par exemple) que celles qui proviennent de notre monde intérieur (concernant notre bien-être, notre mal-être, notre faim, notre soif, notre sommeil, nos rythmes...),

et qui sont véhiculées par l'ensemble de notre trafic chimique et circulaire. Il intègre toutes ces informations, les compare, les synthétise, pour arriver à une décision qui se traduit par un ordre d'exécution.

Mais l'hypothalamus est plus que le cerveau neurovégétatif que nous venons de décrire. C'est aussi un carrefour entre toutes ces informations venues de notre corps, les messages de notre cerveau conscient et nos émotions. C'est à l'hypothalamus que parviennent les émotions agréables et désagréables provoquées par les événements de notre vie, nos relations avec notre entourage, notre contexte socioculturel... Si une émotion extérieure, par exemple la peur en face d'un événement imprévu, nous fait pâlir, blêmir, rougir, transpirer, c'est à cause de ces interconnexions étroites au niveau de l'hypothalamus.

La taille de ce chef d'orchestre aux multiples fonctions est de l'ordre de l'ongle d'un pouce. De quoi s'extasier devant cette complexité contenue dans un si petit espace ! Ce n'est qu'un mystère de plus que les chercheurs déchiffreront peut-être un jour.

Dans le cas des infections génitales, de mycoses récidivantes et de cystites à répétition qui gâchent la vie sexuelle des jeunes filles, il y a peut-être un trouble complexe de la défense immunitaire locale (vulvo-vaginale) relié à la représentation que la jeune fille a d'elle-même et de sa vie passée et future – c'est-à-dire à des jugements de valeur. Est-ce que son blocage actuel avec l'homme qu'elle aime, et avec qui elle voudrait réussir sa vie, n'est pas dû à une culpabilité et à une prise de conscience tardive de ce qui lui apparaît peut-être comme ses « erreurs » ? Le poids de la culpabilité la bloque en agissant sur les défenses immunitaires, c'est-à-dire en entraînant la non-défense de sa muqueuse contre les microbes.

Ce mécanisme agit ailleurs chez d'autres sujets. Dans les cas de vaginisme, c'est au niveau musculaire, en contractant par un spasme involontaire le muscle vaginal.

Chez les hommes, on sait que l'érection est provoquée par l'afflux de sang dans les corps caverneux du pénis. Or les artères (dites « hélicines ») des corps caverneux et spongieux du pénis sont entourées de filets sympathiques. Le flux et le reflux du sang dans le pénis sont donc sous la dépendance des systèmes nerveux sympathique et parasympathique. Si le sang n'afflue pas dans les corps caverneux, il n'y a pas d'érection, c'est donc l'impuissance.

Si l'émotion actionne le sympathique, la relaxation, elle, agit en actionnant le parasympathique. C'est pourquoi, dans les cas d'impuissance, la relaxation détend l'homme parce qu'elle actionne le parasympathique et

contribue à lui redonner, jusqu'à un certain point, une revascularisation du pénis, donc une érection.

On ne sait pas encore expliquer comment les souvenirs (frustration, colère, peur, chagrin) de la période archaïque enregistrés quelque part dans le cerveau resurgissent lors d'un acte sexuel, perturbant celui-ci ou le rendant impossible. Il se produit une incitation particulièrement violente au niveau de la chaîne sympathique et parasympathique. Le mal-être peut aussi survenir quand le ou la partenaire dit quelque chose de peut-être anodin mais qui rappelle une souffrance d'autrefois.

L'interaction est constante entre le cerveau supérieur qui a enregistré les souvenirs de la période archaïque et les centres sympathiques et parasympathiques de l'hypothalamus. Je suis amenée à penser que l'existence de l'amour-haine, décrit par Melanie Klein, provoque des remaniements affectifs dans tout l'ensemble du cerveau. Ces remaniements affectifs sont d'une telle importance qu'ils entraînent inévitablement des perturbations des neurotransmetteurs qui, à leur tour, vont agir sur le système nerveux sympathique et parasympathique. Bien entendu, tout ceci est une description extrêmement simplifiée, sinon simpliste, de processus très complexes, voire encore hypothétiques.

Je suis moi-même sidérée chaque fois que je constate qu'une femme me dit s'arrêter dans la montée du plaisir, ou qu'un homme débande, en même temps qu'elle ou il se sent envahi par un malaise indéfinissable. C'est le travail en relaxation qui nous permet de découvrir qu'il y a derrière ce mal-être des souvenirs de traumatismes et de blessures, des fantasmes effrayants ou qui ont laissé une blessure affective profonde.

Le terrain des maladies psychosomatiques

En ce qui concerne le lien entre la genèse des maladies psychosomatiques et la structure de caractère, l'inconscient est à l'œuvre au niveau de l'appareil psychique et du corps. Mais on ne peut pas négliger la notion de terrain, de prédisposition, de profils neuroendocriniens, tous très certainement liés à certains gènes de la personne et, en particulier, aux gènes portant les défenses immunitaires et les défenses contre les agressions.

Le pouvoir des mots

Les mots qu'on emploie peuvent être une barrière. Chacun de nous emploie un stock de mots limités. La difficulté ou l'incapacité de s'exprimer est un des mécanismes de production du symptôme psychosomatique. Nous construisons le monde avec des mots. Et, en construisant le monde, nous nous construisons nous-mêmes. Les mots font partie de la vie physique, affective et très probablement sexuelle des gens.

La relation entre les mots et la chair est d'une intimité surprenante. Un mot peut faire du bien et un autre du mal. Depuis toujours, dans toutes les cultures, les mots portent la bénédiction et la malé-diction. Nous avons vu avec plusieurs cas comment des mots ont contribué à enfermer les patients dans la pénombre, et comment la seule issue était pour eux de « faire un symptôme corporel ». Le mauvais mot s'est inscrit dans la tête, fait du mal au corps qui, secondairement, renvoie vers la tête des conduites fausses.

Avec l'expérience que j'ai maintenant du pouvoir des mots, j'imagine que l'extrême pauvreté de mots que l'on constate chez des jeunes violents vient de ce que leur énergie vitale ne peut pas s'exprimer dans des conversations intimes avec d'autres jeunes, et qu'elle part dans des gestes violents qui font peut-être tomber la tension. On a ainsi vu dans un collègue des jeunes turbulents, agités, impertinents, qui, après avoir participé à un atelier d'écriture, se comportaient au bout de quelques mois de façon beaucoup plus calme, ordonnée et cohérente. Ils étaient pacifiés. Les personnes engagées dans la résolution de conflits le savent bien : s'exprimer, discuter, énoncer ses positions permet d'éviter le recours à la violence. Apprendre à parler, à s'exprimer, c'est, aussi, apprendre à penser.

Encore faut-il pour cela avoir les « mots pour le dire » !

Les difficultés de la sexualité sont aussi fréquentes que difficiles à exprimer. Comment dire sa gêne, son émotion, sa frustration, son impuissance, mais aussi la déception ou encore l'incompréhension du partenaire ? Et à qui en parler ? Ce domaine de l'intime ne peut être dit à l'entourage familial. Parfois, on peut se confier à un ami compréhensif.

Quant au médecin de famille, lui aussi semble souvent encore trop proche. Et pourtant, le malade guérira d'autant plus vite qu'il est entendu et compris, et qu'il se *sent* entendu et compris, par le médecin. Parce que les mots peuvent faire du bien, le choix des mots dits par le médecin revêt une importance décisive sur l'évolution de la relation. Très souvent, je calcule, j'imagine des mots dont je sens qu'ils vont

briser une barrière et ouvrir des brèches dans le corps et dans la tête de mes patients.

Pour cela, les mots doivent avoir le même sens pour le malade et le médecin. Il est important que le médecin donne au malade un certain nombre de définitions, et crée un langage commun. J'ai ainsi appris à beaucoup de femmes – et à pas mal d'hommes – ce qu'étaient le clitoris et le capuchon du clitoris... Là encore, c'est un exemple peut-être simpliste, mais courant et évocateur d'un travail fructueux entre patient et médecin.

On ne peut que souhaiter que les recherches se poursuivent dans ce domaine de la relation entre le langage et le corps avec des équipes disciplinaires : linguistes, philosophes, analystes et neuro-endocrinologues.

Le pouvoir des mots se manifeste aussi pendant l'amour. Beaucoup de femmes reprochent aux hommes de ne pas parler en faisant l'amour, mais elles ne veulent pas entendre seulement des « je t'aime » à répétition ! Beaucoup de gens sont excités par des propos plus ou moins crus ou osés. Plusieurs femmes m'ont dit : « Avec mon mari, ça ne marchait pas. Et j'ai rencontré un homme avec qui j'ai été débloquée non seulement parce qu'il connaissait les caresses à faire à une femme, mais parce qu'il disait des mots qui m'excitaient ». Quand un homme dit à une femme « ma petite garce », cela permet l'extériorisation d'une partie de la personne (nous sommes faits de plusieurs petits moi) que ce mot libère. Certains hommes disent à leur maîtresse, ou à une prostituée, des mots qu'ils n'oseraient jamais dire à leur femme, qu'ils considèrent comme « respectable », ce qui enferme cette dernière dans un personnage plus étroit que son personnage réel.

Fantasmes et mentalisation

Dans l'étude de la psychosomatique, on a envisagé, au cours de la deuxième moitié du ^{xx}e siècle, une nature du symptôme psychosomatique et son origine, comme si une personnalité commune existait chez tous les malades psychosomatiques. Des auteurs en particulier, comme les Dr Pierre Marty, Fain et Michel de M'Uzan, se sont interrogés sur la capacité de mentalisation des malades psychosomatiques (la mentalisation concerne nos représentations mentales, nos images psychiques et leur dynamisme). Selon Pierre Marty, psychanalyste et psychosomaticien, les maladies psychosomatiques se voient particulièrement chez les gens qui ne peuvent élaborer des représentations mentales. L'insuffisance de représentation mentale ferait obstacle au travail psychique.

Pour ma part, je résume ainsi cette position : ne pas pouvoir symboliser fait passer dans le corps des émotions non remaniées par le langage, qui peuvent donner lieu soit à des somatisations, soit à des actes violents.

L'environnement social

Les choses sont encore compliquées par le fait que le mal, le symptôme, peut être le fruit d'une souffrance psychologique ou le résultat de facteurs physico-chimiques extérieurs rencontrant un certain terrain et prenant un sens parce que s'insérant dans une existence humaine. Or, on l'a vu, l'être humain est perméable à son environnement social, au regard que la société porte sur lui, et imprégné, malgré lui, de l'opinion des autres, de ceux qui comptent pour lui ou qui ont de l'importance.

J'ai abondamment montré comment la sexualité des femmes portait, et porte encore, la marque de la dévalorisation qu'elles ont subie pendant des siècles de patriarcat, d'infériorisation sociale et de méconnaissance par elles-mêmes de leur corps. En outre, on a toujours attendu des femmes qu'elles s'adaptent tout le temps à toutes les conditions. Cela les a, entre autres, habituées à se remettre en cause continuellement et à s'accuser de tout ce qui ne va pas.

De même, de façon caricaturale, pour notre société actuelle, avoir une érection, c'est être un homme. Pour les hommes, cette pression exercée sur eux par la société assimilant érection et virilité, érection et performance, érection et statut masculin, pèse lourdement sur leur sexualité et renforce la peur de l'échec.

Traiter les maladies psychosomatiques sexuelles

Pour soigner, on essaie de rassembler tout ce qu'on sait. Je constate tous les jours dans la clinique les fragilités et les sensibilités des personnes qui viennent me voir ; je tente de m'approcher plus près de la souffrance et de l'incohérence des gens, qui veulent tout et son contraire, notamment à l'aide des apports de Melanie Klein sur l'amour-haine. L'incohérence est en soi une grande source de souffrance.

Devant une impuissance chez un homme ou une perte du désir chez une femme, il faut chercher dans le vécu pour remonter à la source : une perte de confiance chez l'homme, ou un deuil, entraîne l'impuissance par dépression ou colère. Chez la femme, la source peut

être la violence du mari, un conflit avec celui-ci à propos de l'argent (souvent intriqué avec un problème affectif), ou le manque d'expression de l'amour par son compagnon.

Ce sont les premiers entretiens, entre le thérapeute et la personne qui vient pour difficultés sexuelles, qui permettent de comprendre le vécu du patient ou de la patiente, de comprendre si l'origine du trouble se situe à la période œdipienne ou plus tôt, à la période archaïque. D'ailleurs, la séparation entre ces deux périodes est un peu arbitraire. En réalité, il y a une continuité et une superposition, un « enchevêtrement » de ces deux périodes, très différentes d'un individu à l'autre.

Et c'est peu à peu, au cours des entretiens, que l'on découvre comment la maladie psychosomatique a pu s'insérer dans la structure de caractère de toute la personne, dans son capital génétique, sa biologie hormonale et son profil neuro-endocrinologique. Comment il y a eu une rencontre entre l'histoire de cette personne et ce qu'elle est devenue.

Beaucoup de névrosé(e)s ne présentent aucun trouble apparent de la sexualité, mais il faut être nuancé dans ce domaine, car le patient psychosomatique sexuel s'ignore comme tel le plus souvent. Et, pour de multiples raisons, il ne révèle pas sa souffrance sexuelle à un psychiatre, ni à un médecin généraliste ou à un gynécologue.

Car, encore aujourd'hui, on ne parle pas facilement de sexualité à un gynécologue, même si on le consulte pour des problèmes de la zone génitale, donc sexuelle ! On n'en parle pas non plus à un psychiatre, qu'on va voir parce qu'on ressent de l'angoisse ou un état dépressif, et dont on attend qu'il donne de « bons médicaments » contre la dépression, c'est-à-dire les antidépresseurs les plus récents et les plus efficaces. On parle de sa petite enfance, mais pas de sa vie sexuelle. En tout cas, on n'en parle pas librement, authentiquement ; on n'en dit qu'une partie, et après avoir vu le praticien plusieurs fois.

Le cas ci-dessous montre à quel point la vie sexuelle et affective des malades est absente de la consultation médicale, et combien cette absence est redoutable.

Herpès et souffrance sexuelle

M.-C., quarante ans, fonctionnaire, célibataire sans enfants, a trouvé dans un magazine de psychologie un article sur mon livre *Sexualité et relaxation*. Elle vient pour voir si je peux faire quelque chose pour elle : elle souffre en permanence d'un herpès vulvaire au niveau de la lèvre droite. Cet herpès est apparu quelques jours après que son ami, marié, l'a quittée

pour retourner chez sa femme. Mais celui-ci était revenu la voir après l'avoir déjà quittée une première fois, au bout de trois ans de relation.

Elle a consulté pour cet herpès une demi-douzaine de gynécologues, en province et à Paris. Sans succès, bien qu'ils lui aient donné des médicaments considérés comme tout à fait correctes dans le traitement de l'herpès génital. Elle n'a pas pensé, ou pas osé, leur parler de sa vie sexuelle et affective. Et, de leur côté, ces gynécologues ne lui ont rien demandé. Pourtant son histoire personnelle mérite d'être connue, parce qu'un herpès génital ne survient pas par hasard. Il ne s'agit pas uniquement de contagion, mais aussi de terrain et de réceptivité et, très vraisemblablement, de facteurs psychosomatiques complexes.

M.-C. est fille unique actuellement, mais, avant elle, sa mère a eu deux garçons. Le premier est mort d'une malformation cardiaque et le deuxième est décédé quelques semaines après la naissance. Elle est née trois ans après ce deuxième décès, et a toujours vécu dans une maison triste, où le moindre moment de joie la rendait très coupable. Son père est mort quand elle avait quinze ans.

Elle a commencé à avoir des relations sexuelles à dix-huit ans, mais aucune relation stable n'a pu être établie avec un homme. Et le temps a passé, jusqu'à la rencontre avec cet homme marié qui lui a « laissé en souvenir un herpès génital » : c'est ainsi qu'elle le vit.

Trois hypothèses sont possibles, qui ne s'excluent pas mutuellement :

1. L'herpès a abîmé la muqueuse et peut avoir causé une lésion permanente de cette muqueuse.

2. La douleur peut aussi être d'ordre symbolique, par colère contre cet homme qui l'a abandonnée deux fois. La douleur s'est gravée dans son imaginaire. Entre la sensation et la représentation, il s'est formé un symbole. Le symbole se forme quand il y a association entre une sensation et une idée (du grec « sym-bol » = jeter ensemble). Ici, la sensation est la douleur, l'herpès, et la représentation (l'idée) est tout ce qu'il y a autour de cet homme, c'est-à-dire l'abandon, la colère. La représentation mentale fixe la douleur.

3. Ma dernière hypothèse est plus psychosomatique que symbolique : le plaisir est culpabilisé, étant donné l'histoire familiale des deuils dans cette famille, ravivés par l'abandon actuel.

Pourquoi est-ce que l'abandon de cette femme par son amant a provoqué un herpès génital ? La zone génitale et sexuelle est un endroit dont la personne voudrait parler mais ne peut pas parler. On peut penser que son partenaire lui a passé un herpès en étant un porteur sain,

ou peut-être qu'elle-même était porteuse sans le savoir. On peut aussi avancer que c'est parce qu'elle est une femme, et que, pour les femmes, la réussite sexuelle vient s'exprimer au niveau de la vulve : elle a subi un échec, et c'est au niveau de la région sexuelle qu'elle manifeste sa douleur et sa colère. D'ailleurs un homme qui veut conquérir une femme va droit à sa vulve, il veut prendre possession de cet endroit-là.

Son histoire n'avait aucun sens si on ne lui posait pas de questions sur son passé et si on réduisait la consultation à des considérations microbiologiques sur les variétés d'herpès et les traitements possibles de l'herpès. La consultation de psychosomatique sexuelle, elle, aborde tous les aspects de la vie affective et émotionnelle qui se sont déroulés concomitamment au problème sexuel, afin d'établir toutes les corrélations possibles entre la vie psychologique et la vie corporelle.

Dans une vie humaine, tout est comptabilisé – souvent à l'insu des intéressés. Tout est à prendre en ligne de compte. Tout a une signification. Le corps se souvient de tout.

Je suis toujours frappée de voir que les gens, en se racontant, découvrent des liens et des associations entre différents événements de leur vie, qu'ils n'avaient pas songé à associer. Souvent, à la fin d'une consultation, je demande à mes patients, après une séance, de penser à ce qu'ils ont appris sur eux, et de développer les circonstances et de recouper les événements de leur vie et les événements survenant dans leur corps. J'ai constaté que ces recoupements, effectués par les patient(e)s chez eux, leur permettent de progresser dans la compréhension d'eux-mêmes et de leur cas. Cette compréhension leur fait souvent du bien (dans des cas plus rares, ils s'arrêtent parce qu'ils ont peur d'aller plus loin).

Quand ils ont eu la force et la volonté d'aller plus loin, et de découvrir des associations, leur langage interne a progressé. C'est-à-dire qu'ils se trouvent des mots pour nommer ce qui leur est arrivé, et ce qu'ils en ressentent aujourd'hui et maintenant.

On ne trompe pas le corps

Je rends hommage à la relaxation et à ceux qui ont travaillé et fait connaître cette approche globale. Elle m'a permis d'avancer dans le déchiffrement des symptômes sexuels pour deux raisons : la première, c'est qu'au détour de la relaxation, dans les entretiens qui suivent la séance, la personne parle de ce qu'elle vit dans telle ou telle partie de son corps, ailleurs que dans le sexe. Il y a là matière à réflexion, d'autant plus qu'elle s'exprime avec ses mots à elle et que son langage vient apporter

un éclairage supplémentaire pour comprendre les mécanismes de la psychosomatique. Nous avons vu l'importance du langage dans la capacité d'élaborer un mal-être et de le traduire en mots ou en symboles.

Le deuxième apport de la relaxation, c'est que le corps, dans la détente profonde, découvre son énergie. La relaxation fait passer la personne à un autre niveau de compréhension de soi et de vérité : on ne trompe pas le corps, on ne joue pas avec le corps. Il est là, il est présent et il s'impose. Avec ce travail sur le corps, la personne, homme ou femme, relativise les avatars quotidiens, les exagérations de l'interprétation et des susceptibilités quotidiennes et exprime son aspiration au bien-être et à l'équilibre.

Quand un homme vient consulter pour impuissance et me dit, ce qui est très, très souvent le cas : « Vous voyez, j'ai un blocage au diaphragme, à la ceinture », on ne peut s'empêcher d'évoquer les rapports entre la souffrance sexuelle et le blocage de la respiration et du plexus solaire. La respiration, c'est l'énergie qui vient du monde. Le plexus est un des relais les plus importants du système sympathique et de l'hypothalamus (cerveau archaïque qui a ses ramifications dans le corps). C'est tout de même plus intéressant d'aller explorer ce que signifie ce blocage respiratoire et ses rapports avec les toutes premières sensations du nourrisson que de prendre du Viagra ou de se faire faire des injections vasodilatatrices dans le pénis, ou encore d'aller voir une prostituée !

À chacun son histoire de psychosomatique sexuelle

Parmi toutes les images que nous avons enregistrées depuis la naissance, y compris celles de la période archaïque, des processus de comportement se sont tracés d'une manière différente selon chaque être humain (on les appelle maintenant processus cognitifs). C'est l'histoire vécue de chaque être humain, l'histoire vécue de chaque structure de caractère, qui fait que telle femme ou tel homme va être prédisposé à telle ou telle défaillance dans le domaine de la sexualité.

La richesse des cas en psychosomatique sexuelle révèle tellement de personnalités et une telle variété de symptômes psychosomatiques que je ne peux m'empêcher d'énoncer qu'il y a, peut-être, une maladie psychosomatique sexuelle différente d'une personne à l'autre, non seulement dans la description clinique, mais aussi dans sa genèse profonde. Tout comme les empreintes digitales, ou les systèmes immunologiques, comme l'a établi le prix Nobel Jean Dausset, sont propres à chaque personne...

Peut-être que chaque personne fait sa maladie psychosomatique avec son histoire et selon les premières images et perceptions qu'elle a reçues au monde, avec son équipement neurophysiologique et neuro-endocrinien, avec sa capacité de verbaliser, ou non, son équipement imaginaire et intellectuel...

Il est évident que, derrière ce qu'on appelle la psychosomatique et les symptômes psychosomatiques, il existe des mystères non encore éclaircis et qui, j'espère, le seront dans les décennies à venir.

Plus en profondeur, derrière toutes ces recherches actuelles et à mener dans l'avenir, il y a à explorer sur le plan philosophique ce qu'est un être humain. Quelle est sa nature, quels sont ses différents harmoniques, ses différents niveaux d'être, quelle est sa destinée ?

Le corps parle, écoutons-le

Je souhaite, pour terminer ce chapitre, attirer l'attention sur la plasticité étonnante du cerveau, mais aussi des réactions de tout le corps. C'est pourquoi la vraie voie, c'est de développer chez le patient un sens aigu de son corps. Le médecin peut écouter, il peut prêter son savoir, mais, pour suivre la vie du corps, il n'y a que le malade qui puisse, à chaque instant, sentir l'évolution de son corps et de sa personne. Bien entendu, le médecin sera plus fort s'il y a une collaboration étroite avec le patient, et si celui-ci lui donne le plus de renseignements possible. Et il faut que le médecin comme le malade tendent l'oreille et fassent un travail en commun, ce que Balint a appelé la « médecine à deux personnes ».

9

LA RELAXATION

« APRÈS NOTRE DERNIÈRE SÉANCE, C'EST COMME SI MON CORPS S'ÉTAIT RÉVEILLÉ ! », me déclara la jeune fille que je traitais en relaxation. Pour la première fois de sa vie, elle avait eu un orgasme avec son compagnon.

De père kabyle et de mère française, très intelligente, elle était venue d'Algérie en France pour étudier, contre la volonté de son père, ce qui témoigne d'un caractère affirmé. Elle était tombée amoureuse d'un camarade d'université, mais ne pouvait pas supporter qu'il la touche. Elle m'avait été envoyée par sa gynécologue pour ce recul devant le toucher et pour absence de désir, et s'était passionnée pour la relaxation.

Comme c'est l'habitude en relaxation, après chaque séance, je contrôlais par un toucher léger dans quel état se trouvaient ses muscles et ses articulations. Au fil des séances, mon toucher sur son front, ses épaules, ses mains et son ventre prenait de plus en plus de signification pour elle, car, au lieu de le faire rapidement, je le faisais en prenant du temps, avec soin et attention. Je le faisais aussi avec un mélange de douceur et de fermeté très rassurant pour elle. Et ce toucher a pu devenir significatif pour elle par rapport à son histoire personnelle. Peut-être que cela a rappelé, et fait revivre, la période où sa mère était la première dans sa vie, et a balayé les inhibitions que les interdits du père avaient inscrites dans son corps. Comme si elle était sa possession, il l'avait empêchée d'avoir des amis garçons dès qu'elle avait été pubère, et aurait voulu choisir son mari. Toute l'attitude du père était un diktat contre le plaisir, contre l'indépendance, contre l'autonomie du corps de la femme, provoquant chez la jeune fille méfiance, colère et douleur.

Ce cas montre le retour dans la relaxation de la sexualité archaïque, élaborée d'abord avec la mère, ainsi que l'existence d'un Œdipe ambivalent, avec à la fois une admiration pour le père et un désir de s'en éloigner. Une fois notre travail ensemble terminé, j'ai appris ensuite, par un faire-part, accompagné d'un mot affectueux et optimiste témoignant de sa guérison, qu'un bébé était né. Il fut suivi d'un deuxième enfant trois ans après.

De multiples petits moi

J'ai remarqué depuis de nombreuses années, et encore maintenant, que les gens qui viennent me voir ont un personnage qui leur colle à la peau ; ils endossent presque aveuglément ce qu'ils croient cohérent avec ce personnage ; ils en sont forcément prisonniers et n'imaginent pas qu'ils pourraient s'en libérer en même temps que larguer les conflits et les contradictions inhérents à ce personnage. La relaxation les aide à trouver une liberté et une souplesse dans leur tête, dans leur vie intime comme dans leur vie sociale.

On ne sait pas suffisamment les uns et les autres que tout être humain a plusieurs moi et pas un seul Moi. Il y a des parties de nous-mêmes qui sont en veilleuse et que la relaxation permet de découvrir grâce à des sensations nouvelles jamais encore vécues. Elle aide à se défaire d'une image de soi qu'on n'aime pas mais dont on pense qu'elle est la nôtre pour toujours, comme une fatalité.

C'est dire l'importance de la sensation et des sensations du corps. La présence et le regard du relaxateur jouent leur rôle dans ce changement en fonction de points de rencontre entre les personnalités du thérapeute et du patient.

J'aime la relaxation parce qu'elle m'a fait du bien personnellement et parce qu'en tant que médecin elle me permet d'obtenir des résultats meilleurs qu'en psychothérapie uniquement verbale, dans ce sens que ces résultats sont plus profonds et plus rapides car ils touchent le corps.

La relaxation est la thérapie psychocorporelle, ou psychosomatique, que j'ai choisi d'utiliser. J'en ai fait l'outil de base dans la thérapie que je propose pour difficultés sexuelles, que j'appelle la psychosomatique sexuelle, c'est-à-dire psychosomatique de la sexualité. Il existe plusieurs formes de relaxation. Je ne vais parler que de celle que je pratique et que j'ai développée au cours de longues années, et que j'adapte à chaque personne selon son histoire et son caractère.

Prise de conscience, prise de corps

La relaxation a des actions multiples à des niveaux très différents et selon des processus psychophysiologiques complexes : elle englobe le tonus et agit sur lui sur les plans musculaire, nerveux et psychique. Elle facilite aussi l'élaboration. L'élaboration est une prise de conscience qui se forme à partir des révélations sur soi sortant de l'inconscient. Les sensations nouvelles, riches et diverses qui surgissent grâce à la relaxation sont des moments de révélation sur soi – on pourrait même parler de « prise de corps » comme on parle de « prise de conscience » – et la personne découvre que ces sensations existaient potentiellement en elle. Son image d'elle-même s'en trouve renforcée, et elle prend confiance en elle.

Les sensations du corps parviennent au cerveau et à la conscience selon des processus complexes, comme nous l'avons vu dans le chapitre précédent, dont le résultat est l'amélioration du problème ou la guérison.

En relaxation, au lieu de parler uniquement à la tête, on parle à l'ensemble « corps et tête » de la personne. C'est une approche globale de l'être humain. Et, d'ailleurs, on a souvent l'impression que le corps entend.

Chaque corps a son histoire

On constate, à toutes les étapes de la cure, que le corps est le dépositaire de tout ce qui s'est déroulé et joué dans le psychisme depuis le premier jour de la vie, de toutes les sensations, de toutes les impressions, de tous les fantasmes, de tous les conflits, de tous les plaisirs et de tous les refoulements.

La relaxation permet d'accéder, au fur et à mesure des séances, à des stratifications qui se sont déposées dans le corps depuis la naissance. Chacune de ces stratifications a son caractère propre, mais elle est aussi modelée par la nature du sol sur lequel elle s'est déposée. Chez l'être humain, le sol est représenté par le potentiel biologique, essentiellement par le capital génétique, la variation des gènes et l'aptitude du vivant à créer sans cesse du nouveau.

Au sortir d'une séance de relaxation, les mots qui sortent de la profondeur du corps se réfèrent à la toute petite enfance, jusqu'à trois ans, c'est-à-dire à ce qu'on appelle la période archaïque, qui va conditionner la sexualité de la personne une fois devenue adulte. Si, grâce aux

livres de Melanie Klein et D. Winnicott, j'avais une connaissance théorique de la sexualité archaïque, je dois à la pratique de la relaxation de m'avoir fait découvrir sa réalité clinique et humaine, de me l'avoir rendue concrète et compréhensible.

Quand on parle de « sexualité archaïque » chez l'enfant, on ne veut pas, bien entendu, introduire l'idée du plaisir sexuel que connaissent les adultes, de type orgasmique, mais quelque chose de plus vaste, qui touche à la fois l'être, la peau et les fantasmes.

C'est à cette époque de la vie que ce qui touche la peau va entraîner des modifications psychiques qui vont être plus tard responsables de nombreux cas cliniques de problèmes sexuels chez les femmes et les hommes, à commencer par la difficulté de toucher et d'être touché. Ces personnes souffraient d'une difficulté de vivre leur corps en général, mais elle ne s'est révélée que quand elles ont commencé leur vie sexuelle. On commence d'ailleurs à comprendre de plus en plus l'importance de la peau, qui est un organe sexuel qu'on ne mentionne jamais assez.

L'identité et l'image du corps, supports essentiels pour le développement de l'être humain, sont intimement liées aux relations primitives à la mère et aux aléas du narcissisme. La relaxation peut réparer les défauts fondamentaux qui se sont installés dans la période du développement de la sexualité archaïque.

De plus, la découverte de ces sensations, de même que la méthode des associations libres et leur écoute suscitent naturellement chez la personne une situation de transfert. Celui-ci s'installe de façon vive et dépend du profil de personnalité du patient ou de la patiente, de sa problématique particulière. Le transfert s'adresse surtout aux couches archaïques de la personnalité et agit à la façon du *holding* de Winnicott.

Repartir dans le courant de la vie

La relaxation vise à remanier le vécu psychique idéatoire (c'est-à-dire des idées) et imaginaire du patient, ce qu'il vit de son corps, l'image qu'il a de lui-même et de sa propre vie. Dans les cas de difficultés sexuelles, elle va donner un autre sens aux zones clés symboliques. Chez les femmes, celles-ci sont liées à la féminité, à la fécondité et à la sexualité : les seins, les fesses, les formes du corps, les ovaires, la région vulvo-clitoridienne. Chez les hommes, les zones symboliques sont le

cœur et le sexe – et aussi la poitrine, où les femmes aiment se nicher. Pour l'homme, le cœur est le lieu de la vie et, pour beaucoup, de la force. Naturellement, le pénis et les testicules, bien visibles, sont les symboles de la « force virile ».

La relaxation est une renaissance, une nouvelle naissance de l'être avec d'autres systèmes de valeur que ceux qui ont jusqu'ici collé à la peau de tout un chacun. Elle permet de repartir dans le courant de la vie.

L'apport de Schultz à la relaxation

J'ai découvert la relaxation à la fin des années cinquante et, depuis, je ne l'ai plus quittée. Pour moi, 1960 est une année féconde : vient de se créer le Mouvement français pour le planning familial, dont je suis une ardente protagoniste depuis quatre ans. Et, alors que je suis en formation de relaxation avec Sapis, je découvre que cette discipline existe en Allemagne et en Hollande. Enfin, pour la première fois, je vois rapprochés les deux termes « psychosomatique » et « relaxation », à l'occasion du premier Congrès de médecine psychosomatique de langue française, à Vittel.

Celui-ci se déroule en présence du professeur Schultz, psychiatre et psychanalyste allemand. Cet homme à cheveux blancs, d'allure modeste et distinguée, dirige une clinique psychiatrique à Berlin. Grand travailleur, préoccupé par le nombre de malades qu'il ne peut pas soigner par la seule psychanalyse, c'est aussi un homme curieux et ouvert. À partir des années dix, pressentant l'importance du corps dans les maladies psychiques et mentales, il veut comprendre comment les autres cultures abordent et traitent cette question. C'est ainsi qu'il part, pour deux ans ou peut-être trois, étudier et pratiquer le yoga auprès de yogis parmi les plus expérimentés de l'Inde. À son retour, combinant trois grandes thérapies, la psychanalyse, l'hypnose et le yoga, Schultz met au point progressivement une méthode où il développe l'autohypnose (due au Hongrois Oskar Vogt), après avoir été insatisfait du recours à l'hypnose dans sa clinique. L'autohypnose se distingue notamment de l'hypnose parce que celle-ci est passive.

Schultz publie *Le Training autogène* en 1932. Il a élaboré six exercices qui forment le socle de la relaxation, ainsi que le concept des « inductions » qui les accompagnent. Une induction est une phrase prononcée par le relaxateur pour induire chez le patient des sensations, par exemple « votre bras droit est lourd » ou « votre plexus

solaire est chaud ». Schultz a utilisé les mots mêmes des patients au sortir de l'hypnose, et portant sur les sensations ressenties, pour codifier les inductions.

Une séance de relaxation

J'explique au client qu'il va s'allonger sur le divan, après avoir enlevé ses chaussures. Je place sous sa nuque un petit oreiller de façon à ce que le corps soit allongé bien à plat, les épaules au contact du divan. Ainsi je pourrai, au moment de la fin de la séance, faire ce qu'on appelle le « toucher » ou « contrôle », c'est-à-dire voir si les épaules sont bien détendues ou encore contractées.

La personne va fermer les yeux et je vais lui parler. Quelques rares personnes ont du mal à fermer les yeux. Elles ont peur de se laisser aller. Je les rassure en disant qu'elles peuvent garder les yeux ouverts, jusqu'à ce qu'ils se ferment spontanément.

Une fois le client allongé, je le recouvre d'une couverture légère et chaude (la mienne est en mohair), en expliquant que cette couverture facilite le « départ » dans la relaxation. Il vaut mieux que cette séance soit agréable même si la relaxation ne s'installe pas, ce qui est assez souvent le cas lors de la première séance.

Schultz avait sous-titré son livre sur le training autogène « Autodécontraction concentrative ». L'autodécontraction renvoie à l'autohypnose, et la concentration est un élément important pour l'efficacité thérapeutique. La concentration agit de différentes manières, entre autres en régularisant le rythme cérébral, ce qui entraîne un état de bien-être cérébral : c'est le rythme alpha (voir schéma p. 199).

La personne étant installée le plus confortablement possible, je lui dis : « Prenez bien votre place sur ce divan, comme vous devriez la prendre dans la vie. Votre vraie place, votre juste place. »

Je m'assois sur un tabouret près d'elle, et pendant toute la séance je regarde très attentivement son visage.

« Nous allons faire la séance du bras droit si vous êtes droitier, ou du bras gauche si vous êtes gaucher. Mais, auparavant, comme notre visage est sans cesse sollicité par le monde extérieur et en état de faire face (la face fait face), nous allons détendre les muscles de votre visage. C'est-à-dire les muscles de votre mimique. Ne vous souciez pas de l'efficacité. Vous n'êtes pas ici à un examen. Vous allez accepter ce qui se

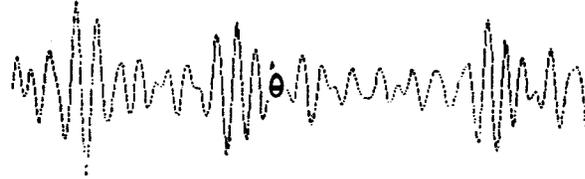
LES CYCLES DES ÉTATS DE CONSCIENCE



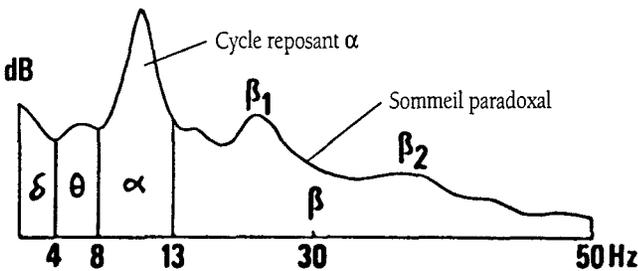
Cycle α (alpha)
régulier et reposant
(10 cycles
par seconde)



Cycles du sommeil
 δ (delta)
et θ (omega)



Sommeil paradoxal



Rythme cérébral alpha vu à l'électroencéphalogramme obtenu par la relaxation.

Le rythme alpha est étonnamment régulier – dix cycles par seconde –, tandis que les deux rythmes du sommeil, le sommeil lent et profond et le sommeil paradoxal, ont tous les deux des irrégularités dans l'intensité et dans l'espacement.

Le rythme alpha est reposant. Au sortir de la séance de relaxation, les patients se sentent « rénovés ». Leur visage est détendu, lisse, apaisé – alors qu'au sortir du sommeil on peut se sentir fatigué.

passé dans votre visage et ailleurs. C'est un bon début de l'acceptation de vous-même. »

Beaucoup de gens me disent : « Ah, mais je ne vais pas y arriver ! » Je leur réponds : « Imaginez que vous détendez votre muscle frontal », et le muscle se détend automatiquement, tout simplement parce que l'être humain est un être psychosomatique et que c'est un mécanisme tout à fait normal.

« Vous détendez les muscles de votre visage. Je vais vous en citer quelques-uns seulement, car il y en a plus de trois cents. Si vous détendez les principaux, les autres suivront. Faites venir sur votre visage une expression de tranquillité. » Processus psychosomatique : le client entend et pense « tranquillité », « visage tranquille », et son visage devient tranquille – plus ou moins vite, plus ou moins totalement.

Je passe beaucoup de temps à décrire la tranquillité des muscles des yeux. Le muscle frontal, c'est la réflexion, alors que les yeux sont le contact avec le monde extérieur mais sont aussi déjà, un contact avec le cerveau (*via* la rétine et le nerf optique). L'œil est par excellence une interface entre le monde interne et le monde externe. J'aborde ensuite la bouche, les lèvres et surtout la langue que je décris minutieusement.

Nous passons à la détente du bras droit (ou gauche) en insistant sur les doigts, dont les pulpes sont riches de filets sensitifs et de cellules extraordinairement spécialisées qui sont les cellules du toucher. Puis je poursuis les inductions pour l'autre bras, le dos, le petit bassin, les muscles lombaires, les fesses, la poitrine, les muscles intercostaux, le diaphragme.

J'alterne des séquences de parole et des séquences de silence, pour que le relaxant puisse élaborer et qu'il ait le temps, à partir du moment où il a entendu l'induction, de faire la connexion entre son bras, son cerveau et ce que le cerveau renvoie après l'élaboration.

Mon but est d'obtenir le plus rapidement possible le cycle alpha, qui est l'état de repos le plus parfait dans l'activité cérébrale. Mais, en même temps, mon objectif, en tant que thérapeute, est d'observer ce qui se passe au niveau du tonus musculaire, qu'on appelle la myo-psyché. « Myo » = muscle, « psyché » = psychisme. Ce mot désigne ce qui va du muscle au cerveau.

Je ne commence la relaxation qu'après un, ou deux ou trois entretiens approfondis, qui me permettent tout d'abord de connaître la personne en analysant bien l'impression qu'elle me fait. Ensuite je

lui demande ce qu'elle attend de la relaxation. et écoute attentivement ses réponses.

Tout en écoutant les patients, j'observe comment ils se tiennent sur leur fauteuil, quelle est leur attitude, la souplesse ou la rigidité de leur corps, le changement de leurs mimiques selon leurs propos, la vivacité de leur regard ou au contraire sa fixité. Je mets de côté tous ces renseignements précieux, et me souviens de ce que dit Michaël Balint : « Retardez le plus longtemps possible le diagnostic définitif. »

J'explique que je travaille depuis de nombreuses années avec une méthode psychosomatique qui s'appelle la relaxation, et qu'elle me paraît convenir à leur souffrance. J'ajoute que je ne garantis pas à 100 % la résolution de leur problème spécifique, souvent sexuel – il n'y a pas de miracle ! – mais que je suis certaine de les guider vers un mieux-être. Je présente la relaxation comme un apprentissage, qui demande une certaine régularité dans la pratique quotidienne – comme lorsqu'on veut apprendre à jouer d'un instrument de musique ou à parler une langue étrangère.

Je fais quelquefois, à la fin du deuxième entretien, une séance de relaxation un peu courte, c'est-à-dire d'un quart d'heure-vingt minutes, au lieu des trente à trente-cinq minutes habituelles, juste pour leur montrer en quoi elle consiste et leur laisser le temps de réfléchir.

Environ la moitié des gens y trouvent un certain bienfait et bien-être, mais les autres restent très vigilants, pour ne pas dire méfiants, et ne se détendent pratiquement pas.

La première séance familiarise l'intéressé(e) avec le divan et la position allongée. Je donne quelques explications sur le chemin que nous allons suivre, en particulier sur la partie la plus facile à expliquer, c'est-à-dire la partie physiologique et psychosomatique.

Par physiologique, j'entends le tonus et la détente, et, par psychosomatique, je veux parler d'une méthode qui met en jeu l'unité totale du corps et du psychisme, puisqu'en disant des choses au mental, tout le corps entend et réagit. Quand je dis aux gens de penser à leur visage ou à toute autre partie du corps, ils vont constater des réactions au niveau de ces parties mentionnées de leur corps. Ils entendent les mots prononcés par le thérapeute, et leur cerveau pense ventre, poitrine, dos..., et il se passe quelque chose là. Ils peuvent alors découvrir un territoire corporel qu'ils ne sentaient pas exister et qui se met à exister. En effet, chaque zone du corps a sa correspondance dans le cerveau. Entre chaque partie du corps et le cerveau il y a des liens concrétisés par

des neurones, dont l'extrémité cérébrale s'allume au moment où le sujet sent le point de départ de la sensation dans son corps.

Pendant la séance, je passe plus de temps sur les zones du corps dont la représentation cérébrale est la plus importante, comme le visage ou les mains. C'est l'aspect physiologique.

À cet aspect physiologique vient s'ajouter une sélection de zones en fonction de l'histoire que la personne m'a racontée. Même s'il ne s'agit pas d'une zone du corps très étendue dans la représentation cérébrale, étant donné qu'elle a été chargée de vécu dans l'histoire du sujet, je vais y consacrer du temps. Cette zone a du sens pour cette personne-là. C'est ce que j'appelle les inductions personnalisées.

Le tonus

La fonction tonique est au centre du carrefour psychosomatique. Dans notre vie, nous ne tenons debout et nous n'agissons que parce que nous avons un certain tonus, adapté à nos intentions et aux circonstances. Si, à sa naissance, le bébé ne se tient pas assis, c'est parce qu'il a une hypotonie (absence de tonus) dans la zone dorso-lombaire ; en même temps, il a une hypertonie au niveau des bras et des jambes, d'où leurs mouvements dans tous les sens. Cette hypotonie et cette hypertonie du bébé témoignent du manque de maturité de ses systèmes nerveux et musculaire, ce qui le rend incapable de réagir d'une manière coordonnée et en fait un être très dépendant de son entourage. Peu à peu, au long des premières années, les systèmes nerveux et musculaire vont gagner en maturité et les gestes en coordination. Cela permet le développement vers l'humanisation, c'est-à-dire que l'enfant va pouvoir s'exprimer par des gestes moins automatiques et plus intentionnels. Il s'agit là du dialogue tonico-émotionnel dont parle Henri Wallon.

Tonus et apparition du langage

Pour Piaget, le tonus corporel est acquis pour l'essentiel vers deux ans. C'est le langage qui va surtout aider l'enfant à se faire comprendre de son environnement, langage dont l'apparition est conditionnée par une bonne coordination de tout l'appareil musculaire et nerveux servant à émettre des sons (c'est pourquoi la relaxation sert aussi à traiter le bégaiement). Et, à son tour, chaque échange verbal, et donc affectif, va concourir à développer le tonus.

Selon les circonstances de la vie et la structure de caractère, des typologies du tonus vont s'installer : on aura des enfants hypertoniques ou hypotoniques, qui donneront des adultes hyper- ou hypotoniques.

La vigilance tonique est toujours en éveil, même en l'absence de réaction visible et même si le corps est apparemment immobile. De plus, aussi bien notre fonds tonique permanent que la réactivité de notre tonus se modifient tout au cours de la journée, de même que chaque personne a son type de tonus particulier et une plus ou moins grande réactivité aux événements de sa vie.

On va constater que les émotions renforcent les tendances naturelles : le cadre stressé et rigide va, en cas de stress accru, faire une accentuation de l'hypertonie de base, provoquant torticolis, névralgies cervico-brachiales, lumbago... et, chez les hypotoniques, on verra l'aggravation de l'hypotonie, de la mollesse et de l'indolence.

C'est sur ces fragilités du tonus que la relaxation va être efficace. D'ailleurs le grand neuropsychiatre Ajuriaguerra parlait de la relaxation comme d'une « rééducation psychotonique », et soulignait que l'état tonique est en soi un mode de relation. C'est pourquoi, avant de procéder à une cure de relaxation, il faut bien connaître le tonus de son malade.

Tonus et vigilance

C'est dans notre cerveau que se régulent l'inhibition et l'excitation de l'ensemble du corps (système nerveux, système musculaire, substance réticulée, glandes endocrines, etc.). L'état de bien-être et de vigilance résulte de l'équilibre entre inhibition et excitation.

Dans la vie actuelle, le tonus musculaire est souvent très élevé, et il y a un déséquilibre entre la tête et le corps, qui est trop souvent oublié. Dès que ce déséquilibre devient trop important, en raison du stress, d'un souci ou de la fatigue, on est hors de son corps, et c'est ainsi que se produisent la plupart des accidents domestiques et de travail. Dès qu'on est hors de son corps, on est hors de soi. Ne dit-on pas de quelqu'un qui est en colère qu'il est « hors de lui » ?

Qu'est-ce que j'entends par « être hors de soi » ? C'est être dans un éparpillement de son énergie, de son attention, de sa vigilance, à cause d'une rupture d'équilibre. Or, l'équilibre humain vient d'une répartition harmonieuse entre les différentes fonctions de l'être (intellectuelle, motrice et corporelle, instinctive, etc.), comme nous le verrons en détail dans le chapitre 11. Quand on est hors de soi, c'est qu'on n'a plus

conscience de l'ensemble des fonctions du corps. C'est pour cela que je dis qu'on est hors de son corps. La relaxation permet de réinstaurer l'équilibre entre ces fonctions.

Dans la vie sexuelle, la plupart du temps, le tonus musculaire est excessif par rapport à ce qui est requis – il ne s'agit pas d'un match de rugby ! – et la vigilance est dans la tête et non pas où il faudrait, c'est-à-dire dans le corps et dans la zone sexuelle. Quand la vigilance est dans la tête c'est qu'il y a une prédominance de la fonction intellectuelle, aux dépens de la fonction instinctive et des sensations. J'entends par vigilance une présence, un éveil, une attention aux sensations ressenties de toucher et de plaisir, une perception fine. Je dis aux patients : « Essayez de vous concentrer sur ce que vous ressentez, plutôt que sur ce que vous pensez. Arrêtez de vous faire du souci et d'être obsédé par la possibilité de l'échec. Ressentir ce qui se passe dans votre corps vous ramène à votre corps et à votre partenaire. Laisser marcher des idées dans l'intellect est le meilleur moyen de ne plus rien sentir. »

Chaque individu a des moments d'activité créatrice ou de synthèse, et d'autres moments d'activité automatique. C'est la conception de Pierre Janet, pour qui l'énergie psychique est un système en équilibre entre deux forces, la force et la tension (de même que dans la médecine chinoise, l'équilibre vient de la répartition entre le yin et le yang). L'équilibre sexuel est lui aussi le résultat de deux forces, celles du sympathique et du parasympathique. Janet a également parlé de « tension psychologique ».

Le toucher

Le toucher, qui joue le rôle principal dans l'acte sexuel, est le premier sens qui se développe chez le nourrisson. En relaxation, c'est par le toucher que le thérapeute réveille des sensations très anciennes et reconnecte le patient à son corps.

J'ai compris l'importance du toucher avec Michel Sapir, qui a judicieusement développé cette voie dans la relaxation, et c'est son grand mérite. Je faisais ma formation personnelle de relaxation avec lui et un de ses proches collaborateurs, François Reverchon, psychiatre et psychanalyste.

C'est aussi le toucher qui m'a mise sur la piste de la sexualité archaïque. Dans de nombreux cas de difficultés d'accès au plaisir, je vois les résultats étonnants obtenus par la relaxation, après des séances de

toucher qui font tomber les obstacles, comme dans le cas cité au début de ce chapitre, p. 193.

Chez beaucoup d'adultes, on trouve, témoignant d'un manque très ancien, une demande quasi désespérée de soins et d'attention, qui peut être apaisée par le bien-être et la relaxation. La présence chaleureuse, attentive, unique du thérapeute rappelle celle de la mère à son nourrisson. Le toucher qu'il effectue sur le patient, à la fois pour contrôler l'état de détente et pour établir un contact, en suscitant des sensations simples et primitives, vient comme combler ce manque toujours douloureux, lancinant, et prend une résonance particulière pendant la relaxation profonde, surtout dans le rythme alpha. C'est un état de « régression-restauration » qui permet d'accéder à une autonomie plus grande. L'esprit de décision s'affermi, une personnalité plus authentique se dégage, l'essence de la personne prend le pas sur le personnage composé pour la vie sociale.

La cure de relaxation

Quand les patients commencent une cure de relaxation, on constate chez eux des attitudes extrêmement diverses, voire opposées, allant de l'espoir le plus grand dans un traitement que certains abordent comme pouvant être magique, jusqu'au scepticisme le plus pessimiste et à l'incrédulité chez d'autres, témoignant d'une résistance ou parfois d'une dépression sous-jacente.

J'accueille les unes et les autres de ces attitudes non seulement avec calme, mais aussi avec un esprit de recherche, pour comprendre d'où elles viennent. Est-ce une attitude générale devant tous les événements de la vie, est-ce que cette attitude est récente ou ancienne, est-ce que c'est une feinte momentanée ?

Nous commençons donc, et j'explique qu'il ne s'agit pas d'un examen de passage ni du baccalauréat, et que tout le monde ne réussit pas de la même manière ni à la même vitesse. Cela rassure les gens.

Je n'emploie pas toujours le même chemin avec tout le monde. Quand les gens sont déprimés, j'en arrive le plus rapidement possible à la séance de la respiration, car elle est nourrissante, rassurante et pratiquement toujours bien supportée. Aborder la chaleur en début de cure, comme le faisait Schultz, ne me paraît pas évident car, pour beaucoup de gens, la chaleur vient beaucoup plus difficilement qu'on ne le dit.

J'attends la sixième ou septième séance pour évoquer la chaleur, surtout la chaleur dans le ventre et celle du plexus solaire. Et, quand les gens sont fatigués ou déprimés, j'évoque avec eux la chaleur de l'été, les vacances et le corps qui se moule sur le sable chaud au bord de la mer. C'est ce qu'on appelle des « inductions régressives ». Le mot « régression », fréquemment employé par les psys, n'est pas à prendre négativement. Les inductions régressives provoquent des retours vers cette période archaïque très ancienne et toujours présente à petites doses chez tous les êtres humains.

Et je m'inspire des perceptions corporelles apportées par le patient ou la patiente dans les premières séances, pour continuer et faire des inductions plus précises et plus personnelles, mieux adaptées à leur structure de personnalité et à leur histoire.

Le rythme de la cure dépend de la progression du patient, mais aussi de ses possibilités matérielles (transport, coût...). Si un patient ou une patiente « décroche » et n'arrive pas à faire ses séances chez lui, j'essaierai de rapprocher les séances chez moi, afin de franchir au plus vite la période du début de la cure, qui est une période ingrate, pour dépasser la dixième séance – à quelques séances près. Il n'y a pas de nombre « idéal ».

Il faut adapter le déroulement de la cure et le rythme et la profondeur des séances au caractère des patients. S'ils sont introvertis et repliés sur eux-mêmes, il convient de les laisser se familiariser avec la relaxation et avec le thérapeute, avant de créer une intimité trop grande. Car la relaxation est une méthode qui développe l'intimité entre le patient et son propre corps, mais aussi entre le corps du patient et le corps du relaxateur.

Le langage

La parole est un élément essentiel de la relaxation. Le langage est un instrument puissant, jamais anodin. Le choix des mots a une importance extrême parce qu'ils vont s'imprimer sur le corps, comme s'ils passaient directement dans le corps sans passer par le mental, et ils vont marquer l'évolution de la relaxation : certains mots pour certaines personnes vont avoir des résonances et permettre une ouverture sur eux-mêmes, sur leur monde.

Par ailleurs, de nombreux patients sont dans l'incapacité de verbaliser leur mal-être, fixés qu'ils sont sur leurs symptômes corporels

auxquels ils « s'accrochent », n'ayant pas encore trouvé d'autre moyen d'exprimer leurs plaintes et leurs revendications.

Les inductions

La voix est aussi une voie. La relaxation utilise la parole, le timbre et les modulations de la voix, sa chaleur ou sa sécheresse. La voix permet de porter vers l'oreille et le cerveau du relaxant des paroles, des inductions, plus ou moins personnelles. C'est Michel Sapir qui a introduit le terme de « induction personnalisée ». C'était une grande trouvaille, parce qu'elle a permis de mettre en valeur l'action de certains mots spécifiques sur le corps d'une personne précise. Puis François Reverchon a développé avec soin et imagination les différentes inductions possibles, qu'il décrit dans *La Relaxation : son approche psychanalytique*.

- formulations « anatomiques » ou « topographiques », qui permettent la perception fine et détaillée des diverses régions du corps ;
- formulations d'images qui permettent au patient de fantasmer ;
- formulations « érotisantes », où le vocabulaire est teinté par la notion de plaisir.

On va employer des inductions qui vont aller à l'opposé de la typologie des gens.

- Par exemple, s'il s'agit d'une personne extravertie et agitée, pour la calmer et lui faire prendre conscience de son exubérance, il est intéressant de faire des inductions anatomiques qui, dans leur description précise et sèche, vont la ramener à des limites plus précises. On emploiera aussi des inductions géométriques, abstraites : « votre ventre présente une chaleur hors de la moyenne », plutôt que « votre ventre est tout chaud ».

- En revanche, pour un homme avare de mots et de fantasmes, sec et silencieux, lui donner une masse d'inductions et des images fantasmatiques et érotisantes le fera plus réagir que d'abonder dans le sens de la sécheresse ou même du silence.

- De plus, si je découvre que le patient a une image morcelée de son corps et qu'il en évoque les différentes parties sans aucun lien entre elles, j'essaierai de faire des inductions globalisantes afin qu'il ait une perception de son corps tout entier.

Les inductions globalisantes sont très intéressantes dans le cas d'hommes souffrant d'impuissance ou d'éjaculation précoce, c'est-à-dire d'un problème concernant leur sexe. Très souvent, ces hommes-là se

représentent leur sexe comme séparé de leur corps. Les inductions globalisantes que je fais avec eux intègrent explicitement leur zone sexuelle, pour la réinsérer dans le schéma corporel global.

Langage et structure mentale

J'ai trouvé passionnante cette approche du corps par les mots et, encore une fois, je l'adapte à la personne que j'ai en face de moi. Je m'appuie notamment sur ma connaissance des structures mentales, étudiées par Eugène Minkowski, et sur ma connaissance de la méthode développée par sa femme Françoise Minkowska à l'occasion de ses études sur le test de Rorschach, méthode qui porte sur l'association entre les mots et les réponses au test. Elle a développé l'étude des mots suscités par les planches colorées du test.

Comme je l'ai dit, je vais employer des mots et expressions qui seront plutôt à l'opposé de la tendance du patient. J'évalue en début de cure, *in petto* si ces tendances sont épileptoides (extraverties) ou schizoïdes (introverties). C'est un exemple de la souplesse de mon approche, qui se veut adaptable à la multitude des caractères humains.

L'action des mots sur le corps est une alchimie qui reste obscure. Il s'agit d'un mélange de l'action spécifique de la relaxation, où les mots produisent des sensations et où les sensations sont transportées au cerveau. Les mots stimulent les filets nerveux qui sont reliés directement au cerveau. Mais le mécanisme intime du va-et-vient entre les deux nous échappe encore.

Les trois niveaux de la relaxation

Si la relaxation est un formidable outil psychothérapeutique, occupant une place privilégiée au sein des psychothérapies, c'est, me semble-t-il, parce qu'elle réussit à articuler trois niveaux d'intervention sur les trois niveaux d'organisation de notre « machine » intérieure, qui sont :

- la physiologie corporelle ;
- l'appareil psychique et la symbolisation ;
- le conditionnement émotionnel.

Ces niveaux d'intervention thérapeutique peuvent être mis en jeu successivement ou simultanément. Ce sont :

- un niveau de détente musculaire et nerveuse, qui vise essentiellement la détente du corps ;
- un niveau psychothérapeutique qui introduit la dimension symbolique et le travail sur le sens que peut avoir pour cette personne la détente, ainsi que sa résistance à la détente et au plaisir ;
- un niveau qui utilise l'état qu'on vient d'induire, de déconnexion sensorielle, pour accéder à d'autres modes psychothérapeutiques, dont la désensibilisation émotionnelle, qui fait partie des thérapies comportementales.

La kinésithérapie, la sophrologie ou le yoga ne touchent que le premier niveau ; la psychanalyse et les psychothérapies classiques privilégient le deuxième ; les thérapies cognitives et comportementales utilisent surtout le troisième niveau.

C'est l'approche simultanée de ces trois niveaux que nous pratiquons en relaxation, qui nous permet d'utiliser la synergie entre eux et d'agir sur l'ensemble des fonctions humaines.

- *La détente – Les états modifiés de la conscience*

La relaxation est considérée comme un état modifié de la conscience : la régularisation du cycle cérébral à dix cycles par seconde (alpha) produit un apaisement cérébral et une détente musculaire et psychique qu'on ne connaît pas dans la vie ordinaire. La personne a la sensation de n'avoir jamais connu cet état, où la conscience est claire et le corps détendu et très présent. Dans la vie quotidienne, le mental s'agite dans tous les sens et le corps est oublié. Le fait est que, dès les premières séances de relaxation, et même avant d'obtenir le cycle alpha, les gens sont plus présents à eux-mêmes.

- *Le corps symbolique*

Dans toute notre vie, dans tous les abords du réel, il y a forcément, à côté de la vision purement sensorielle et de notre vécu corporel, une vision symbolique. La vision symbolique va au-delà de ce que nous voyons concrètement et donne du sens à ce que nous percevons. Un symbole résulte de l'association entre une sensation et une idée, d'où surgit un sens nouveau.

Entre notre état sensoriel et la compréhension symbolique, il y a une interaction permanente.

- *Le corps émotionnel*

L'émotion produit un bouleversement du mental et du corps. Qui n'a jamais ressenti ses effets sur le corps : rougeurs, sueurs, palpitations (qui sont des symptômes sympathiques), accès d'hypertension, tremblements, agitation jusqu'à l'incoordination, accès d'oppression, diarrhées émotives, vertiges, etc.

En ce qui concerne le mental, chacun de nous a, de même, pu éprouver que l'émotion empêche de voir clair, d'avoir un raisonnement calme et un jugement sain. Elle provoque ce qu'en termes scientifiques on appelle une « altération de la cognition ». La cognition, ou acte de connaître, est une opération de l'esprit (ou un ensemble d'opérations), destinée à informer l'organisme de ce qui se passe à l'extérieur de nous comme à l'intérieur de nous.

Stress, mémoire affective et corporelle

Dès le début de la relaxation, la mémoire du corps est éveillée. Chaque zone du corps, au cours des séances, va se rappeler quelque chose de l'histoire du corps, y compris dans la toute petite enfance, des événements liés à des affects plaisants ou douloureux.

J'ai constaté qu'en général, chez les hommes, moins de souvenirs reviennent que chez les femmes – sauf le souvenir du corps de la mère, souvenir qui les pousse vers les femmes.

Toutes les périodes de stress se sont inscrites dans le corps. Les muscles, les tendons se souviennent. La relaxation fait resurgir ce qui a été enregistré par le corps et oublié par la mémoire.

Très souvent, des gens, plutôt des femmes mais aussi des hommes, me disent, au sortir d'une séance de relaxation :

- C'est drôle, j'ai eu mal à mon genou (ou au tendon d'Achille).

- *Vous n'avez pas eu d'accident étant enfant ?*

- Ah, si, je crois que j'ai eu autrefois une élongation (ou une rupture du tendon d'Achille).

Ou bien la douleur avait disparu, ou bien elle était devenue banale dans la vie du corps. Et la personne ne faisait plus de rapport entre l'accident passé et la douleur présente.

Le besoin de cohérence : faire le lien

Quand je reçois mes patients et que je leur demande toutes sortes d'informations sur eux-mêmes, sur leur vie, leur situation, ces informations me permettent de mieux les connaître pour mieux les soigner. Mais elles leur permettent aussi, à eux, d'acquérir sur eux-mêmes des connaissances nouvelles en établissant des liens entre les événements de leur vie.

Pour pouvoir établir ces liens, il faut non seulement du calme, mais un certain détachement. C'est ce qu'apporte, entre autres, la relaxation. Une partie de ses effets bénéfiques vient de ces opérations de l'esprit détaché et calme, qui sont des opérations à la fois d'ouverture à de nouvelles informations et de croisement entre des informations.

C'est d'ailleurs une des premières constatations que font les gens qui entrent dans une cure de relaxation : « Au travail, les collègues trouvent que j'ai changé et disent "tu es devenu plus calme". Dans ma famille, on me le dit aussi. » Bien sûr, au fur et à mesure que la cure se déroule, d'autres changements vont se manifester, correspondant à ce que chaque personne attend, ou est venue chercher, pour accomplir sa vie.

Relaxation et difficultés sexuelles

Par le fait même qu'elle s'adresse à la fois au corps, à l'image du corps et au psychisme, la relaxation occupe une place de choix pour traiter les problèmes sexuels des hommes et des femmes.

Elle s'adresse au corps en l'abordant par le biais de son tonus musculaire et de son émotivité ; à l'image du corps en travaillant sur la représentation, ou l'absence de représentation, de la sphère génitale et sexuelle dans l'image générale qu'une personne a de son corps ; et au psychisme en abordant les peurs génératrices de tensions musculaires et de manque de concentration.

Tous ces éléments entrent en jeu, à des titres divers, dans les cas d'impuissance et d'éjaculation précoce chez les hommes, de vaginisme, d'absence de désir et de plaisir chez les femmes.

Le traitement consiste à parvenir d'abord à une détente générale du corps, nerveuse et psychique, pendant sept ou huit séances, et ensuite seulement, après tout un travail de préparation psychologique, nous abordons les zones sexuelles dans une atmosphère de confiance, de

sympathie et d'intimité favorisée par le transfert (d'avance, la personne me fait confiance).

La relaxation permet la distanciation par rapport aux petits soucis de la vie quotidienne et aux conflits latents et patents. Le plaisir qui émerge d'une séance de relaxation entraîne peu à peu un regard différent sur soi et sur le monde extérieur.

Bref, elle apporte détachement du quotidien et concentration sur les sensations agréables. Pendant l'amour, le parasitage de l'attention par une activité mentale désordonnée empêche la concentration sur les sensations venues de la zone sexuelle. Par exemple, au moment où une femme commence à ressentir la caresse que lui fait son compagnon, ou elle-même, si elle se dit « ce n'est pas bien », « est-ce que ça va marcher », « est-ce que ça va rater », elle fait monter le parasitage dans sa tête, et se coupe de la sensation et de son corps et oublie de prêter attention au plaisir naissant.

La relaxation avec les femmes

Pour moi, qui cherchais dans tous les coins, dans tous les domaines, des outils pour améliorer la sexualité des femmes, la relaxation s'est révélée un outil de connaissance du corps des femmes irremplaçable. Au-delà, la relaxation m'a donné une façon de rendre aux femmes leur vraie, leur juste place dans la vie, en leur restituant leur corps entier, à elles, alors qu'auparavant (notamment à cause du concept de castration) elles avaient été considérées comme incomplètes, et leur corps comme porteur d'un « trou » au lieu d'un organe sexuel spécifique et beau dans son intégrité.

Le corps des femmes en relaxation est un corps autre que celui qu'on connaît en gynécologie, qui est le corps objectif examiné par le gynécologue. Vécu par les femmes en relaxation, c'est aussi un corps imaginaire, vécu du dedans. Chez une femme, la concentration sur les sensations nouvelles et agréables émanant de la zone sexuelle va permettre une attitude différente vis-à-vis de son corps sexué. Cette zone était considérée comme taboue et honteuse par les parents, la société, et l'éducation et les paroles maléfiques avaient consolidé la gêne et la honte. La zone était investie de façon négative.

À l'époque où j'ai commencé la relaxation, dans les années soixante, ce qui était indispensable pour les femmes, c'était leur accès à l'autonomie dans la vie. Quand une femme a accès à l'autonomie de son

corps, elle a accès à l'autonomie de sa sexualité. Ce qui est une bonne base pour parvenir à l'autonomie de sa vie.

Inductions sexuelles pour les femmes

Les femmes étaient séparées de leur corps par des siècles d'ostracisme. Gynécologue, je voyais bien, lorsque j'enseignais aux femmes à poser un diaphragme, combien elles étaient gênées de mettre la main dans leur vagin. C'est ainsi que, peu à peu, j'en suis venue à penser qu'une grande partie de leurs difficultés sexuelles étaient liées à l'obstacle que représentait le toucher de la zone taboue. En effet, la zone sexuelle vaginale n'est pas visible mais profonde et secrète – alors que l'organe sexuel masculin se trouve, si on peut dire, sous la main. Si la femme avait touché la région externe, c'est-à-dire le clitoris, le capuchon et les grandes lèvres, c'était souvent en bravant les paroles et les interdits des parents, redoutant avant tout la masturbation de leur fille. Eux-mêmes étaient ou timides ou très distants.

Pour rendre cette zone plus familière au cours des séances de relaxation, j'ai peu à peu mis au point des inductions sexuelles. (Et, si j'ai pu le faire, c'est grâce à mes vingt-huit ans de pratique gynécologique.) Ces inductions nomment les différentes parties de l'appareil sexuel et génital. Les mots, choisis pour être à la fois descriptifs et valorisants, rétablissent la dignité de cette zone et en révèlent le caractère fécond, vivant, changeant. De honteuse, elle devient noble, bonne, faite pour le bonheur.

Par exemple, pour nommer l'utérus ou matrice, je dis : « Ce muscle robuste éminemment souple, puisqu'il peut accueillir un enfant. » Et avec des femmes vaginiques, ou même d'autres femmes, pour qu'elles visualisent leur vagin, je dis : « Ce muscle très élastique, avec une jolie forme d'amphore, fait pour accueillir le pénis de l'homme. » Je nomme le clitoris « organe du plaisir, recouvert et protégé par le capuchon du clitoris et entouré de part et d'autre par les petites lèvres et l'entrée du vagin qu'on appelle le vestibule. Cet ensemble forme une zone érogène par excellence et qui mérite d'être connue dans ses détails. » Je poursuis : « Cette zone est le siège de chaleur, de présence et qui, dans le rapport amoureux, peut ou va donner des sensations voluptueuses de plus ou moins grande intensité. »

Je crée ainsi, au fil des séances, une association entre le bien-être de la relaxation et les inductions sexuelles. C'est un élargissement du champ mental, permettant une réappropriation du corps symbolique et concret.

Investir positivement les zones aveugles

J'ai vu à quel point cette action, qui a un effet d'abord déstructurant puis restructurant en même temps que symbolique, a permis à beaucoup de femmes de prendre possession de cette zone du corps. Une double action prenait sa place par le langage : d'une part, le déconditionnement et d'autre part, peut-être, et c'est plus difficile à expliquer, la reconstitution des zones cérébrales correspondant à ces zones du corps. Ces zones cérébrales étaient devenues aveugles à force d'être taboues et jamais, ou mal, évoquées. C'est pourquoi, dans le cerveau, les neurones correspondants s'étaient mis en veilleuse.

Effectivement, quand on prononce les lieux du corps, qu'on s'arrête sur le lieu de l'« appareil génital » (mot froid s'il en est), et qu'on accole, à la description des organes qui composent le sexe en nous, un terme positif, on fait un travail de reconstruction. Ainsi, en disant, par exemple, pour l'utérus ou matrice, « ce beau muscle souple », et pour le vagin « ce muscle robuste et étonnamment élastique ».

Alors que les idées négatives – désordre, colère et surtout honte et culpabilité – faisaient du tintamarre ou un silence assourdissant dans la tête, par la relaxation la zone investie négativement dans le cerveau devient investie positivement, grâce aux inductions sexuelles et aux nouvelles sensations reconnues et acceptées.

La relaxation, thérapie symbolique

La relaxation a une action symbolique, parce qu'elle réalise une association de la sensation et du langage. La femme sent la détente physiologique des muscles du bassin, des fesses, des muscles qui soutiennent la matrice. Les mots sont positifs, la sensation est positive. Et la zone, jusque-là taboue et chargée négativement, devient symbole positif. Combien de femmes, au sortir d'une séance de relaxation, m'ont dit : « Je n'ai plus honte d'être une femme ! », ou : « Je sens que j'existe de ce côté-là. »

Cette zone retrouvée est porteuse de trois fonctions symboliques de la vie : le sexe (l'organe), la sexualité et la fécondité. C'est cela qui donne au symbole son énergie.

Un cas concret : les vaginismes

Après avoir guéri quantité de vaginismes par la relaxation « classique », j'ai découvert qu'en utilisant des inductions sexuelles la guérison était plus rapide.

Voyons comment la relaxation agit de façon extrêmement efficace. Rappelons que le vaginisme consiste en une contracture, involontaire et inconsciente, du muscle vaginal qui empêche la pénétration (pour toutes sortes de raisons : la peur, la honte, la culpabilité donnée par les parents, le « gendarme intérieur »...). Il y a un barrage des sensations dans une zone désapprouvée. Parmi les vaginiques, il y a des femmes immatures, avec des peurs touchant à la phobie, d'autres très agressives, avec un caractère très fort, n'ayant peur de rien, sauf du pénis.

J'adopte une forme de travail qui est une désensibilisation sous relaxation, où ce qui est ressenti comme une agression, c'est-à-dire l'approche du pénis, est décrit et visualisé d'une manière très progressive. Cette approche du pénis est présentée de façon positive et correspondant à un vœu très fort des deux partenaires.

Le fait d'évoquer progressivement, au cours de séances successives, le muscle vaginal et ses qualités de souplesse et d'élasticité, fait que tout le réseau nerveux qui existe dans la zone vaginale et périvaginale va transporter vers le cerveau des perceptions et des sensations nouvelles, agréables et plaisantes, de cette zone. Ces sensations vont « allumer », réveiller, les neurones du cerveau correspondant à cette zone, qui va reprendre vie.

J'emploie des mots qui suggèrent une proximité imaginaire de plus en plus concrète, tout en maintenant un état de relaxation profond avec bien-être :

« Vous êtes bien, tranquille. Vous savez que votre compagnon est à côté de vous. Vous avez envie d'être proche de lui, avec lui. Et lui aussi a envie de vous montrer son désir et son amour.

Donc vous restez dans le même état de bien-être et vous imaginez son pénis en érection. Son corps, que vous aimez dans sa globalité, va se rapprocher de vous. Son visage est calme et tendre, et vous imaginez son pénis un peu plus près de votre corps, tant et si bien qu'il touche progressivement le vagin, et vous avez envie qu'il pénètre. »

(Car, bien souvent, ces femmes ont envie d'accueillir le sexe de leur compagnon, et de se débarrasser de ce handicap qui les dévalorise.)

« Du fait de la relaxation, votre muscle vaginal s'est détendu, et il n'y a plus d'obstacle musculaire à la pénétration du pénis dans votre vagin, d'autant plus que vous avez appris que le vagin est un muscle robuste, très élastique, et très large au-delà des deux premiers centimètres. Vous savez que le muscle vaginal se prête largement à un rapport sexuel complet. »

J'ai condensé ici le déroulement de plusieurs séances. Bien entendu, avant ces séances, j'ai procédé, à deux ou trois reprises, à une information

à l'aide de planches anatomiques pendant dix à quinze minutes. Et nous avons fait une série d'une dizaine ou une quinzaine de séances de relaxation de tout le corps avant d'en arriver aux inductions sexuelles, qui vont s'étaler sur quatre, cinq ou six séances.

Ces femmes vaginiques parviennent à vivre un rapport sexuel complet en général après quinze à vingt séances. Je n'ai pas de souvenir d'un échec. Certains cas ont été « guéris » en trois à six mois, et le cas le plus long que j'ai eu s'est étendu sur deux ans et demi.

La relaxation avec les hommes

Le corps des femmes en relaxation m'a amenée à comprendre le corps vécu par les femmes puis par les hommes. Devant les bons résultats obtenus chez les femmes avec les inductions sexuelles, j'ai commencé à essayer la même technique chez mes patients hommes, d'autant plus que ces derniers venaient de plus en plus nombreux dans mon cabinet.

L'appareil sexuel masculin est non seulement visible, mais le sexe masculin est valorisé jusqu'à être considéré comme représentatif de la fonction sexuelle humaine sous le nom de « phallus ». Toutefois, probablement, à l'adolescence, quand cet appareil se met à grandir rapidement et à s'entourer de poils, accompagnant des modifications souvent brutales du corps du garçon, cela a pu en gêner temporairement certains. Mais les hommes souffrent moins que les femmes d'une perception de leurs organes génitaux comme zones « honteuses ». Eux souffrent plutôt de clivage dans leur image du corps, c'est-à-dire qu'ils vivent leur appareil sexuel comme séparé de leur corps.

J'expliquerais ainsi cette séparation. Revenons un moment au développement psychoaffectif : le petit garçon peut considérer que son sexe n'est pas à lui totalement et qu'il appartient aussi à sa mère ; ensuite, son pénis est comparé à l'organe du père. Dans les deux cas, il est pris isolément et n'appartient pas entièrement au petit garçon. En tout cas, il lui semble que son sexe lui appartient moins que sa main, par exemple, parce qu'il est lié à la libido et que cette libido se partage entre le père et la mère. Dès le début de sa vie, ce sexe est objet de recherche d'identité pour le petit garçon.

Le clivage de l'image du corps

L'image du corps étant tronquée, incomplète, elle est source d'insécurité. Chez les hommes adultes, quand une déficience se manifeste dans le domaine sexuel, elle occupe tout leur champ mental. Beaucoup d'hommes m'ont dit : « Je suis fatigué, j'ai telle ou telle maladie, mais ce n'est pas une raison pour être impuissant (ou avoir une éjaculation précoce) ».

L'écoute de ces hommes révèle souvent des difficultés de concentration au moment où ils abordent le rapport amoureux. Ils sont profondément désemparés et souffrent d'une perte d'autonomie. Ils ont l'impression de ne plus être les maîtres à bord, d'être atteints d'une infirmité honteuse. Leurs troubles se manifestent de la façon suivante :

- ils sont déconcentrés, décentrés, hors d'eux ;
- ils se sentent morcelés, éparpillés ;
- ils sont incapables de faire la synthèse entre le désir amoureux et la sensation dans les organes génitaux et dans toutes les zones érogènes.

Ils considèrent leur appareil sexuel comme mauvais, méchant et prenant une place considérable, voire excessive, par rapport à l'ensemble de leur vie.

Inductions globalisantes

Il me paraît important, et c'est là où ma technique est un peu différente de celle que j'utilise pour les femmes, de raccorder leur appareil génital à l'ensemble de leur corps, de leur vécu et de leur caractère, avec le souci de restituer leur image corporelle globale.

Il s'agit de leur montrer que la fonction sexuelle est une fonction comme une autre, qu'il ne faut ni dévaloriser ni survaloriser. C'est une façon de leur apprendre qu'il ne s'agit pas d'un « mauvais objet » atteint d'une maladie à part, mais d'une fonction érectile passagèrement déficiente.

Les inductions sexuelles visent à aider les hommes à se réapproprier leur sexe, en utilisant des termes valorisants pour décrire leurs organes génitaux, mais surtout globalisants. Les inductions globalisantes vont établir la continuité circulatoire, nerveuse et lymphatique qui existe entre l'appareil génital et le reste du corps. Le même cordon sympathique (et ses émanations parasymphatiques) dessert tout l'être depuis la tête, passe par l'œsophage, l'intestin, la vessie, etc., et pénètre dans l'intimité de la circulation péniennne.

Si ce n'est pas pour les mêmes raisons, ni avec les mêmes arguments que chez les femmes, d'une certaine manière les hommes ont autant besoin qu'elles de cohérence et d'unité sur un mode adulte.

Pour des raisons et dans des cas très différents, la relaxation avec inductions sexuelles m'a rendu de grands services pour traiter les difficultés sexuelles des hommes, et dans de nombreux congrès j'ai conseillé à mes collègues qui pratiquent aussi la relaxation d'utiliser ce type d'inductions.

Relaxation et agresseurs sexuels

Les bons résultats que j'obtenais m'ont peu à peu conduit à penser qu'on pourrait utiliser la relaxation chez les agresseurs sexuels, qui représentent un tiers de la population carcérale, et dont le nombre connaît une augmentation dramatique. Ces chiffres m'ont été donnés par une publication du ministère de l'Intérieur.

Pourquoi et comment la relaxation peut-elle aider des hommes aussi différents que ceux souffrant de difficultés sexuelles et les agresseurs sexuels ?

Réfléchissant sur le clivage entre le sexe et la personnalité chez les hommes atteints de difficultés sexuelles, et constatant que pour beaucoup d'entre eux cette déficience sexuelle devient une obsession, je me suis demandé s'il n'y avait pas, chez nombre d'agresseurs sexuels, une obsession devenant si énorme qu'elle accapare toute leur vision du monde et les pousse à des actes criminels – comme pour s'en débarrasser. Collaborant avec des médecins, des psychologues et des infirmiers de prison, je me suis demandé si on ne pouvait pas appliquer la relaxation comme thérapie de groupe dans les prisons, en raison de son apport positif pour l'élaboration et pour la maturation du Moi.

Pourquoi ? Ces criminels sont enfermés dans leur crime et leur criminalité et ne croient plus eux-mêmes à leur guérison. La relaxation leur donnera des ouvertures sur d'autres facettes d'eux-mêmes, un contact avec leur corps qui, selon la qualité du thérapeute, pourra être un corps renouvelé, autre, qui existe quelque part : en effet, nul n'est fondamentalement et entièrement mauvais. Chaque être humain est composé de multiples petits moi. Dans leur éducation, dans l'étroite conception de leur milieu d'origine, ils ont été désignés, et se sont sentis, mauvais. Il faut essayer de leur faire éprouver des sensations nouvelles dans leur corps, qu'ils n'ont jamais senties, et peut-être « réparer » un

petit peu ce qui a été raté dans les premiers mois de la vie, au moment de la formation de la sexualité archaïque.

La relaxation les fera revenir à une nouvelle humanité, puisque, après tout, leur corps est fait comme celui des autres.

La grande difficulté consiste à faire réaliser aux agresseurs qu'ils ont fait des victimes, car ils sont incapables de se mettre à la place des autres. Pour eux, la relaxation permettrait une prise de conscience peut-être plus rapide qu'avec les groupes de parole.

Cette proposition est naturellement utopique à l'heure actuelle, faute de prise de conscience chez les politiques et les psychiatres, faute aussi de praticiens suffisamment formés et de moyens. Bref, faute de volonté politique.

Relaxation et douleur

Entre ses multiples indications, la relaxation est également tout à fait intéressante pour le traitement de la douleur. Cela paraît une prétention considérable, mais chacun de nous a bien senti, une fois dans sa vie, que si, on réussit à changer le cours de ses pensées fixé sur la douleur et qu'on trouve un sujet passionnant, la douleur s'atténuera, du moins pendant un certain temps. Le mécanisme subtil et complexe de la douleur ne peut être que sensible à l'état de détente et à l'autohypnose.

Si un lumbago est dû à une hernie discale, la relaxation ne fera rien et n'empêchera pas la compression du nerf. Mais le vécu et l'intensité de la douleur seront fortement diminués par ce traitement.

Mais, s'il y a douleur sans compression discale ni lésion somatique constituée, la relaxation améliore beaucoup le vécu de la douleur et le retentissement psychique de cette douleur.

On voit que, dans la relaxation, il y a passage d'un « langage » du corps, ici la douleur, à un langage avec des paroles sur le corps, sur la situation donnée, sur les besoins et les frustrations.

L'espace intérieur

La relaxation permet à chacun, même le plus immature, de réaliser qu'il a un monde intérieur. Dans une société comme la nôtre où les clivages de toutes sortes existent à tous les degrés, une conception de la

santé plus humaine et moins impersonnelle pourrait s'appuyer sur les dimensions et les résultats de la relaxation.

En relaxation, tout entretien est un élargissement de l'horizon, car les questions posées par le thérapeute font faire à la personne des rapprochements auxquels elle n'avait pas pensé. La notion d'espace interne devient ainsi plus familière aux gens. Dans les inductions que je pratique, il m'arrive souvent de parler de l'espace qui est en nous.

Il est vrai que c'est une notion qui n'est pas *a priori* donnée dans le monde où nous vivons, car l'espace extérieur nous absorbe tandis que, l'espace intérieur, nous avons besoin d'un certain soin pour le sentir. Un de mes maîtres en psychiatrie, le professeur Eugène Minkowski, parle d'un « espace primitif » où s'élaboreraient les thèmes de l'existentialisme : « J'existe, j'appartiens, je suis... » Cet espace primitif, lieu du désir, donnerait ainsi une dimension existentielle et donc humaine aux sentiments, à la fois dans un sens d'élévation, et de profondeur, et d'extension... Cette notion se retrouve chez les psychanalystes jungiens qui se sont, quant à eux, intéressés à l'espace intérieur en tant qu'espace de jouissance et d'écoute sensorielle. Cet espace intérieur est ainsi le lieu des symboles, des images archétypales et du Soi, c'est-à-dire le lieu des expériences héritées de l'inconscient collectif. Enfin, on retrouve également cette notion dans le yoga, où l'espace intérieur est un corps de signes au sein même du corps charnel, la présence d'un « je » au cœur de l'accomplissement corporel « je suis ».

Jusqu'à quarante ans, je ne sentais pas d'espace intérieur. Mais cette notion est devenue plus concrète à la suite de diverses expériences, et également après avoir suivi le séminaire de Daniel Widlöcher (professeur de psychiatrie, président actuel de l'Association psychanalytique internationale) qui, pendant une année, nous a fait comprendre les différences entre le Moi et le Soi. Le Moi est une instance de la psychologie, tournée vers l'extérieur, centré sur la vie quotidienne. Le Soi est plus large, plus symbolique, et fait référence à un archétype de l'humanité – c'est plutôt une notion jungienne. Il est peut-être plus développé dans d'autres cultures que la nôtre. Plus spirituel, le Soi rejoint l'humanité.

J'espère avoir réussi à montrer dans ce chapitre que la relaxation occupe une place de choix dans l'éventail thérapeutique de notre époque par son approche, non seulement du corps, mais d'un corps qui est autant psychique que physique.

Outil de connaissance fabuleux pour les médecins comme pour les patients, la relaxation offre en particulier des ouvertures uniques sur le

monde du corps des femmes et du corps des hommes. Elle introduit une vision autre du corps qui peut contribuer à dissiper les malentendus entre hommes et femmes dans leur vie quotidienne comme dans leur vie sexuelle, en aidant chacun à devenir plus autonome, à prendre de la hauteur et de la distance par rapport aux griffures de la vie quotidienne. Quand on se sent mieux dans son corps, on se sent mieux dans sa vie

10

RIEN N'EST JAMAIS JOUÉ À 100 %

COMMENT S'EN SORTIR ? AU COURS DU TRAITEMENT DE MILLIERS de consultants, j'ai constaté tout le mal physique et psychique causé par une vision unique et négative des choses, par la tournure d'esprit qui consiste à voir le verre à moitié vide, et non pas à moitié plein. À croire que tout est joué quand on a mal débuté sa vie et à se persuader de jour en jour, d'année en année, qu'il n'y a plus grand-chose à faire.

Il y a toujours quelque chose à faire, à tout moment de la vie. Il n'y a pas d'âge pour aller mieux. Il n'y a pas d'âge pour décider d'aller mieux.

Changer de vision sur soi-même et sur le monde

Je demande toujours à mes nouveaux patients ce qu'ils pensent d'eux-mêmes, quelle image ils ont d'eux. Pendant deux ou trois séances, ils décrivent leur vie et se décrivent eux-mêmes. Je les écoute avec beaucoup d'attention car leurs réponses à ces questions me sont très précieuses.

Très souvent, ils sont pessimistes et, comme pour vouloir être complets, ils apportent tout ce qui ne va pas et me font la liste de leurs malheurs. Eux-mêmes d'ailleurs reconnaissent : « Je vois toujours tout en noir. » Cette vision négative d'eux-mêmes s'accompagne en même temps d'un relâchement de la volonté et d'une perte de tonus et d'énergie ,

c'est une mauvaise pente parce qu'il deviendra de plus en plus difficile, d'année en année, de sortir du trou. C'est un processus psychosomatique par excellence.

Cette tendance à déformer la vision du monde et de soi-même est malheureusement très générale. Si la personne a un caractère lymphatique, le pessimisme reste, et elle aura besoin d'un petit coup de pouce (comme une très petite dose d'antidépresseurs, ou de fortifiants, d'un régime riche en vitamines, etc.). Si au contraire le caractère est actif, le pessimisme s'efface plus rapidement.

Ils me décrivent, la plupart du temps, une image d'eux qui vient de très loin : « J'ai toujours été comme ça », « Il n'y a pas de raison que je change », « Mes parents me l'ont toujours dit, et mes amis aussi ». Ils n'imaginent même pas que c'est un étiquetage qui peut être totalement faux.

Je rencontre deux types de personnes : celles qui parlent tout de suite de leur enfance et de leurs parents, et d'autres qui restent centrées sur leur vie actuelle. Je n'insiste pas pour en savoir plus, car l'expérience m'a montré que cela viendra en temps voulu. Et aussi, s'ils parlent de leurs parents en mal, il se peut qu'ils ne reviennent pas, par culpabilité d'avoir été trop loin. D'ailleurs, bon nombre me disent qu'ils ne viennent pas pour se plaindre de leurs parents. De façon instinctive ils ont raison, car ce n'est pas là le problème, ni la fatalité d'être né dans telle ou telle famille, mais il s'agit plutôt de voir comment changer leur vie à partir de maintenant et de s'y appliquer avec toute leur volonté disponible et leur énergie corporelle. Je dis encore souvent : « Mettez votre corps de votre côté. »

J'ai ensuite besoin d'entendre ce qu'ils attendent du traitement et je leur demande : « Qu'est-ce que vous venez chercher ? »

Alliance thérapeutique

À travers ces quatre séries de descriptions – leur vie et leur enfance, l'image qu'ils ont d'eux-mêmes, l'image qu'ils croient que les autres ont d'eux-mêmes, et leur attente du traitement –, il se dessine un personnage que je commence à comprendre.

Je leur propose alors un travail sur eux-mêmes à l'aide de la relaxation, que je leur décris assez succinctement, car la plupart n'en ont entendu parler que vaguement. Je leur dis qu'ils peuvent en attendre détente psychique et corporelle, et, aussi, qu'ils vont avoir à développer une recherche de concentration. Je m'étonne en effet de constater, dans

presque tous les cas, qu'ils n'ont jamais passé de temps à faire une réflexion ordonnée sur eux-mêmes, comme s'ils n'avaient vécu que « pour la galerie ».

Dès les premiers entretiens, l'idée essentielle est qu'ils acceptent de faire un travail psychique, mental. Et que ce travail, c'est essentiellement une collaboration entre eux et moi. J'ajoute souvent : « Nous allons faire une alliance thérapeutique. Nous sommes des alliés dans ce travail thérapeutique. »

Il ne s'agit pas d'une psychanalyse, bien qu'ils soient allongés. La relaxation est une thérapie psychocorporelle, elle va s'appuyer sur un nouveau rapport avec leur corps.

Souvent, les gens me demandent :

– Il faudra combien de séances ?

C'est une demande naïve, qui prouve leur vision réductrice du traitement.

– Le nombre de séances ne dépend pas de moi, mais d'une quantité de facteurs, dont votre disponibilité, votre capacité à vous concentrer sur le traitement et à vous entraîner chez vous en dehors des séances.

Je ne fais pas uniquement de la relaxation : chaque séance comporte vingt minutes d'entretien, et trente minutes de relaxation. L'amélioration se produira plus rapidement si les patients font de la relaxation chez eux. Mais huit sur dix n'en font pas. Je ne les décourage pas, mais leur dis en les réconfortant : ce n'est pas un examen que vous passez ; c'est toujours difficile au début. L'essentiel est de vous accorder une demi-heure pour vous-même, tout au moins au début. Un peu plus tard, je vous demanderai de vous décider à en faire tous les jours, parce que votre évolution se fera plus rapidement.

Prendre sa vie en main

Un de mes tout premiers conseils à mes consultant(e)s est celui-ci : « Arrêtez de vous croire accablée(e) par la fatalité, prenez votre vie en main, la vôtre et pas celle qui a été accrochée sur votre dos par vos parents ou vos amis.

Nous avons tous des ressources insoupçonnées à condition d'accepter de changer notre vision sur nous-même et sur ce qui nous entoure. Ne croyez pas que le passé pèse sur vos épaules à jamais. On peut toujours changer, et beaucoup plus que vous ne pensez. Vous m'avez parlé de certains de vos traits de caractère, et l'expérience m'a

montré que vous avez certainement d'autres facettes de vous-même que vous ne connaissez pas.

Vous avez l'impression d'avoir été victime de la fatalité, de votre naissance, et des circonstances de votre enfance et de votre adolescence. En vérité, tout est possible à partir d'aujourd'hui si vous prenez votre vie en main, votre vie et votre destinée. »

Et quand on me répond : « j'ai toujours été triste », « j'ai toujours été émotive », « mon divorce m'a marquée », etc., je dis : le passé est le passé, aujourd'hui je vous vois devant moi. Vous portez sur votre visage la tristesse de ce que vous me racontez. Vous êtes comme ça, mais vous pouvez aussi être autrement. Il faut être rusé avec vous-même, jouer sur tous les plans. Pour cela, prenez toutes les armes que vous pouvez, toutes les ressources que vous avez à votre disposition.

En sachant résister au découragement, et sans croire que tout acquis est définitif : on commence un travail, et on s'aperçoit qu'on rechute. Ne vous découragez pas. Repartez dans cette recherche-analyse et, de nouveau, il y aura une progression, encore suivie d'une stagnation ou d'une régression. Peu importe : on recommence. À chaque fois, il en reste quelque chose.

Ne prenez pas au tragique les idées noires, surtout celles qui surgissent dans la solitude de la nuit. Ne prenez pas cette vision nocturne, dépressive et dramatique, pour la réalité et sachez vous en dégager et reprendre les rênes de votre attelage le plus rapidement possible.

Se détacher de son symptôme sexuel

Faire l'expérience de changer de vision permet de découvrir qu'on n'est pas « accroché à sa névrose » de façon irréversible. C'est bien vrai que les gens sont accrochés à leur malheur. Plus ils souffrent d'un symptôme depuis longtemps, plus ce symptôme risque de faire partie de leur identité, de façon de plus en plus structurée et même rigide.

Pour ce qui nous intéresse ici, les problèmes sexuels, je dirais même que beaucoup de gens qui viennent me voir sont obsédés par leur problème, au point qu'il a envahi tout leur champ de vision. Leur problème sexuel est leur « tare », leur « honte », sans qu'ils se rendent compte à quel point cette tare et cette honte ont été construites par les tabous de leur éducation et les impératifs de la société. Tout ce qui a été construit par pression extérieure peut être déconstruit dans l'intérieur de nous-mêmes.

Après avoir écouté un ou une patient(e) pendant plusieurs séances, il peut m'arriver de dire, d'un ton ferme : « Arrêtez de vous apitoyer sur vous-même ! Ça ne fait que vous déprimer encore plus. »

J'ai vu dans mon cabinet quantité de gens, femmes et hommes, instruits, parvenus à la notoriété – je me souviens d'un musicien très célèbre, d'hommes d'affaires, de banquiers –, qui étaient incapables de se détacher de leur symptôme sexuel et qui n'avaient aucune vision d'ensemble sur leur nature humaine et sa complexité. Ils se contentaient de dire « je suis stressé » sans pouvoir en dire plus (le mot stress est apparu en 1947 sous la plume du Canadien Hans Selye, endocrinologue et prix Nobel). Ils ne pouvaient donc pas faire de rapprochement entre leur symptôme et leur vie avec ses événements et ses caractéristiques. Il existe une vision simpliste, puérile, manichéenne de la vie et de soi : « ou j'aime mon mari, ou je ne l'aime pas » ; « je suis stressé, je dors mal, ma femme ne m'aime pas ». Les gens expriment avec des mots simplistes et réducteurs des notions et des sentiments complexes qui dénotent l'absence de connaissance psychologique sur eux-mêmes.

Développer son esprit critique

L'esprit critique est une qualité fondamentale de base, dans tous les domaines de la vie, y compris dans la vie sexuelle. Tous les problèmes du monde interne comme du monde externe, les idées, les systèmes de valeur, retentissent sur la vie sexuelle. Savoir choisir ses informations est essentiel. Méfiez-vous de l'imagination limitée et à sens unique que nous avons tous.

Mais n'abandonnez pas une norme pour une autre ! Par exemple, le triangle œdipien est certes le sort de l'humanité, mais il ne faut pas en faire un dogme. L'amour de la fille pour le père, du garçon pour la mère, cela fait partie des généralités qui sont passées dans le grand public, mais qui deviennent un peu cocasses quand on rencontre une dizaine de fois de suite, par exemple, comme ce fut mon cas, des filles en conflit avec leur père.

Par ignorance légitime autant que par manque d'esprit critique, on se laisse abuser et influencer par tout ce qui peut se dire autour de soi, par des gens non informés ou hâbleurs, ou qui transportent les lieux communs les plus bêtes. À tout âge il faut savoir se libérer des impératifs, des canons et des modèles, d'autant que nous vivons dans un monde de publicité qui investit beaucoup pour nous convaincre d'acheter.

Je pense en particulier aux différentes sources d'information que l'on peut trouver sur la sexualité ou aux enquêtes sociologiques sur la vie sexuelle des Français. Il ne faut pas les prendre au pied de la lettre. Chaque personne a une histoire, une personnalité, une sensibilité différentes. Ce qui vaut pour l'un ne vaut pas pour l'autre. Toutes ces soi-disant « informations » peuvent colporter des erreurs, des contre-vérités et des préjugés, et, alors, correspondre en fait à un leurre et à un abus de confiance. Les prenant pour argent comptant, beaucoup de gens sont malheureux en se croyant insuffisants sexuellement et inaptes, alors qu'ils sont tout ce qu'il y a de plus ordinaires et « normaux ».

En ce qui concerne les enquêtes sur le comportement sexuel des Français, soi-disant scientifiques ou honnêtes, nous n'avons aucune garantie sur leur fiabilité. Ces enquêtes sont faites de façon légère – j'en connais deux, importantes, qui ont été faites par téléphone. Les réponses ont souvent été fantaisistes, données par les personnes interrogées avec le désir de se moquer des indiscrets qui pénétraient dans leur foyer.

Il faut se méfier également des modes et des habitudes : souvent, elles sont présentées comme des normes alors que nous touchons à un domaine où il ne peut exister de norme justement !

On a assisté à l'irruption de la sexologie dans la presse ; on constate parfois que le rapport sexuel est présenté comme une activité mécanique en vue de l'obtention d'un résultat, l'orgasme, plutôt que comme un échange amoureux, affectif et érotique entre deux personnes.

Nous avons pu voir dans un magazine féminin un article sur « les positions qui rendent moche » : c'est une aberration contre la nature humaine. Comment imaginer qu'une femme va se laisser aller à faire l'amour avec son corps et pas avec sa tête, si elle se demande à tout moment si elle est dans une position « avantageuse » pour elle ?

Certains titres qui s'adressent aux adolescents et aux hommes peuvent aller jusqu'à mettre en valeur et banaliser des pratiques sexuelles très marginales, voire perverses. Et, hélas, les mots « amour » et « plaisir » sont vidés de leur sens. Quel effet désastreux sur des jeunes qui se font ainsi une fausse idée de l'amour et de la vie sexuelle ! Sans évoquer les films et les vidéos pornographiques qui, souvent, leur tiennent lieu de supports d'éducation sexuelle, comme en témoignent quantité d'éducateurs et d'informateurs .

Les médias peuvent présenter des modèles qui sont complètement faux, à la fois sur le plan sentimental, sexuel et amoureux. Or, des idées fausses et les systèmes de valeurs qui les accompagnent rendent

littéralement les gens malades, parce qu'ils ne correspondent pas aux valeurs profondes de la personne, à ce qu'elle est capable de faire ni à la réalité de son corps.

Des émissions de télévision abordent de plus en plus de sujets médicaux, psychologiques et aussi sexuels, car cela fait de l'audience. Certaines sont de qualité, et savent choisir des invités qui font preuve de maturité et des professionnels rigoureux ; d'autres utilisent parfois la détresse humaine, alors qu'on ne peut pas s'ouvrir de ses problèmes n'importe où et à n'importe qui.

L'important est de savoir s'entourer. Choisissez les amis auxquels vous vous confiez. Méfiez-vous des gens, des connaissances ou des amis, qui prennent plaisir à l'écoute de vos malheurs : vous risquez ainsi de vous y enfermer. Apprenez à repérer les amis que vous quittez en meilleure forme, requinqué, et ceux que vous quittez encore plus abattu ou angoissé qu'avant de les voir.

Enfin, il est salutaire également de prendre de la distance par rapport aux valeurs des parents, si celles-ci ne nous conviennent pas. Le monde change. Les hommes comme les femmes ne sont pas de la génération de leurs parents, et n'ont pas à reproduire les comportements de ceux-ci. La « frigidité » n'est pas plus une fatalité héréditaire pour les femmes que ne le sont les comportements machistes pour les hommes.

Cela dit, les médias ne sont pas les seuls à incriminer. Certains livres de personnes « autorisées », médecins, psychanalystes ou psychologues, se réclamant en droite ligne de Freud, peuvent avoir été imprégnés, en toute bonne foi, d'idées erronées, comme l'envie de pénis ou l'insuffisance de l'orgasme clitoridien par rapport à l'orgasme vaginal. Personnellement, je dis aux femmes : « Il n'y a pas de modèle de jouissance. Croyez dans votre corps, dans vos sensations, laissez-vous aller au plaisir d'être vivante, d'être femme. Acceptez ce que vous sentez comme étant à vous et pour vous. »

Ravages d'une idée fausse : l'exemple de la frigidité

Ma révolte devant la situation actuelle me pousse à revenir sur une des tromperies les plus toxiques qui soient. On a depuis des décennies dit que les femmes étaient « frigides ». Que veut dire ce terme ? Tous les êtres humains, femmes y compris, ont une température à 37°. Qui a affublé les femmes de ce terme ? Et pourquoi ? Cette croyance est entretenue à la fois par l'ambiance patriarcale et la paresse de contester les autorités. Ce jugement est venu de la sexualité masculine et de préjugés masculins non fondés.

Il y a actuellement des dizaines, ou peut-être des centaines, de milliers de femmes qui, à travers la France, souffrent de ne pas jouir selon les règles et les canons de leur mari ou compagnon. Et, comme je le pense profondément, pour beaucoup d'hommes qui aiment leur femme, quand elle souffre, ils souffrent aussi, ce qui ne les empêche pas de croire dur comme fer que leur vision à eux de la sexualité est la bonne. Comme je l'ai raconté dans le chapitre sur les couples, des quantités d'hommes m'ont ainsi amené leur femme en me disant :

– Je vous l'amène parce qu'elle est frigide.

– *Comment savez-vous qu'elle est frigide ?*

Avec une grande bonne foi, ces hommes répondent :

– Mais parce qu'elle ne jouit pas quand je la pénètre.

– *Qu'est-ce qui vous fait penser qu'elle devrait jouir quand vous la pénétrez ?*

– Mais parce que la nature et le bon Dieu nous ont donné un pénis pour ça !

– *Mais peut-être que le pénis vous a été donné pour votre plaisir à vous et pour avoir des enfants. Quant au plaisir de votre femme, dont vous avez l'air de vous soucier, vous ne savez rien sur lui.*

Alors j'explique. Je me tourne vers la femme. Elle se tait, elle laisse dire cet homme devant qui elle s'est tue pendant des mois et des années. Est-ce une lâcheté, est-ce tout simplement une passivité, une absence de choix, est-ce une dévalorisation d'elle-même si ancienne et si profonde qu'elle a fini par accepter l'idée qu'elle ne valait rien sur le plan du sexe ? Que, d'ailleurs, ce n'est pas pour elle, qu'elle a d'autres sources de satisfaction, des amis et des amies, des parents, des enfants, et une maison...

Voilà une illustration concrète du fait que rien n'est joué à 100 %. Car les femmes qui liront ces lignes aujourd'hui peuvent s'informer, se conforter, reprendre courage et croire dans la force de leur sexualité, dans sa beauté et tenter, même si c'est un travail difficile, de convaincre leur compagnon de leurs possibilités de plaisir complet et épanouissant.

Il faut aussi que les femmes osent s'exprimer et sortent du silence où elles se sont laissé enfermer. S'exprimer, c'est aussi prendre sa vie en main.

Le Moi et les multiples petits moi

Savez-vous qu'il y a en vous, en nous tous, des aspects très différents ?

Nous n'avons pas qu'un seul Moi en nous, mais de multiples petits moi. Et la fameuse cohérence dont on nous parle souvent ne dure jamais

très longtemps. Et c'est pour cela que j'évoque le cocher qui tient son attelage : « Prenez parmi vos petits moi celui qui peut vous donner une facilité de vie et de bonheur. Utilisez un petit moi meilleur que celui que vous avez laissé vous coller à la peau, jusqu'au point où vous avez cru que vous étiez lui. D'ailleurs, c'est le moment de vous dire, sans s'y attarder, qu'en faisant de la relaxation vous allez constater qu'il y a des aspects de votre corps, des sensations, des niveaux de votre être que vous n'aviez pas imaginé exister en vous. »

Chacun de nous le vérifie tous les jours : nous ne sommes pas cohérents d'un bout à l'autre de la journée. Nous savons, par notre expérience profonde et personnelle, que nous pouvons changer, dans le seul courant d'une journée, à la fois d'idées, d'humeur et de vision de la vie. Ce que l'on simplifie en disant qu'on a des « sautes d'humeur », ce qui est complètement minimiser, et même ridiculiser, un phénomène humain et universel sur lequel il y a beaucoup à réfléchir.

J'ai constaté, depuis de très nombreuses années, que les hommes et les femmes que je reçois manifestent assez rapidement la façon dont ils se jugent, dont ils se voient en exprimant qu'ils ont tel ou tel caractère, qu'ils ont toujours été comme ça, et qu'ils ont l'impression que ce serait impossible de changer.

Ils n'ont pas de connaissances sur eux-mêmes et ont accepté des étiquettes qu'ils gardent. Ils veulent améliorer la situation qu'ils vivent, ils viennent pour « guérir », mais ils sont d'emblée pessimistes et, dans le fond, peu décidés à changer.

Et, quand ils parlent d'eux-mêmes, ils parlent de la façon dont ils se voient et qui correspond souvent à la façon dont leurs parents et leur entourage les a vus. Je l'ai déjà dit, mais c'est si important que je me plais à le répéter.

Accepter les ambivalences et les incohérences

L'ambivalence, loin d'être un défaut, est la reconnaissance par l'être humain de sa nature éminemment complexe et composée d'aspirations très différentes. Elle joue à de nombreux niveaux : nous avons parlé de la bisexualité psychique (*Animus/Anima*) et de l'ambivalence des sentiments (amour/haine).

Tout au long de ma vie professionnelle, j'ai rencontré l'ambivalence chez des patients, hommes et femmes. Au cours de mes nombreuses années de groupe Balint, à la fois comme participante et comme anima-

trice, j'ai constaté chez mes collègues leur ambivalence marquée vis-à-vis de beaucoup de leurs malades et surtout de certains d'entre eux. Moi-même, j'ai ressenti des périodes d'ambivalence dans certains de mes choix professionnels ou affectifs. Alors qu'au début de ces constatations j'étais culpabilisée, me croyant proche d'une certaine anormalité, j'ai appris, avec l'expérience de la vie, et la lecture de Freud et de Valabrega notamment, que l'ambivalence est une catégorie centrale de l'existence. Freud l'a écrit et souligné dans *Totem et tabou* : il conçoit l'ambivalence comme un « compromis défensif ». Dans toutes les civilisations, l'opposition des contraires (masculinité/féminité, activité/passivité, présence/absence, prendre/donner, le vivre/le mourir, etc.) est une donnée normale d'un univers de représentation du cosmos.

Pour ma part, je conseille à mes patients de déceler ce qu'il y a comme ambivalence en eux, et de cesser d'avoir une attitude défensive et rigide contre cette ambivalence. Je constate que, à partir du moment où je leur explique que c'est une donnée humaine et sûrement universelle, ils vont mieux, et peuvent reprendre la recherche sur eux-mêmes. C'est-à-dire qu'au lieu de rester bloqués devant l'effroi, l'impasse du choix impossible, on accepte cette donnée et on peut reprendre sa marche en avant.

Il suffit de se regarder soi-même comme une parcelle de ce monde dans lequel nous vivons, qui est, on le constate tous les jours, ambivalent partout (richesse/pauvreté, guerre/désir de paix)

Apprendre à se connaître

La connaissance de soi est un processus éminemment utile, passionnant, difficile et fructueux. Elle nous amène à connaître les méandres et les contradictions de notre être, et à les accepter. L'avantage le plus important devient alors d'élargir notre vision de nous-même et de composer avec toutes les parties qui existent, mal reconnues ou inconnues.

Se connaître est un plaisir, ainsi qu'un travail permanent dont vous devez savoir d'avance qu'il aura des hauts et des bas. Apprenez aussi, c'est très important, à distinguer l'essentiel de l'accessoire : ce n'est pas la peine de consacrer votre énergie à ce qui est accessoire. Et, ce faisant, vous disposerez d'autant plus de temps et de ressources pour vous occuper de ce qui est vraiment important pour vous. Ne mélangez pas tous les problèmes : il y a des niveaux très différents, celui des difficultés de la vie quotidienne, de la vie amoureuse, et celui du sens de la vie, sur un plan philosophique.

Ne soyez pas hors de vous. Combien de patients me disent : « Je suis toujours hors de moi ! », et on sent qu'ils aspirent à ce qu'il en soit autrement. Apprenez à vous donner un peu de temps, à rester un peu de temps avec vous-même. Ainsi, vous pourrez réfléchir sur vous-même et vous reconnecter avec votre être profond.

À la fin d'une séance, je dis aux patients : « Réfléchissez à ce que vous m'avez dit aujourd'hui et comment vous pouvez relier les événements de votre vie. Voyez le sens qui s'en dégage. »

Le sens est fondamental dans toute vie humaine. Quelque chose qui a du sens fait du bien. C'est un processus psychosomatique.

Recherchez le sens de votre vie en sachant que l'être humain a besoin d'unité, de respect, de liberté et de sens, comme a dit Klotz.

Il faut non seulement être à l'écoute de soi, mais travailler à mieux se connaître pour mieux se comprendre, et pouvoir prendre des décisions qui seront plus en accord avec nos désirs profonds.

Notre jardin secret

Attention : il y a esprit critique et esprit critique. Ainsi, pendant très longtemps, la vie fantasmatique sexuelle était plutôt mal vue, surtout quand elle émanait des femmes.

Quand on est englué dans le marasme, dans la routine de la vie quotidienne, terni, avachi au milieu d'une vie sérieuse, découvrir qu'on peut avoir des fantasmes sexuels est une ouverture. C'est un accès à un domaine très privé sur lequel on garde une maîtrise, qui permet de retrouver une certaine excitation sexuelle grâce à un contact avec quelque chose de très différent de la vie quotidienne. C'est un jardin secret qui ne regarde personne au monde. Donner libre cours à ses fantasmes est libérateur, mais naturellement il faut être conscient de la barrière entre le fantasme et le passage à l'acte, c'est-à-dire son accomplissement dans la réalité.

L'énergie libidinale est la part de l'énergie qui s'investit dans la sexualité. Cette énergie libidinale, quand elle n'est pas vécue dans la vie avec plaisir et avec variété, peut s'exprimer dans les fantasmes qui sont la mise en scène du désir ou de désirs différents. La richesse des fantasmes s'exprime mieux chez les gens qui ont un certain courage de les laisser sortir.

De même, la masturbation est bénéfique, pratiquée en solo ou... à deux ! Je l'ai dit à des centaines de femmes : « Caressez votre mari, masturbez-le, donnez-lui du plaisir. Et qu'il fasse de même avec vous. »

Mais les deux partenaires ne doivent pas hésiter non plus à se masturber chacun en présence de l'autre, s'ils en ont envie.

Exercices sexuels

J'ai parlé dans le chapitre sur les couples de ces exercices proposés par Masters et Johnson, puis par Helen Kaplan qui consistent pour l'homme et la femme à donner et à recevoir des caresses pendant une certaine période, sans pénétration. Il s'agit de rétablir ou d'établir une intimité entre l'homme et la femme, par les caresses, et, ce faisant, de replacer le coït au sein d'un rapport sexuel plus large, plus riche, plus global. En un mot, de déshabituer le couple de l'exercice du coït pur et simple pour élargir sa vision et sa pratique du rapport sexuel.

En matière de vie à deux, et en cas de difficultés sexuelles, il n'y a pas de « petites » solutions ni de « petits » moyens. Tout en étant apparemment peu importantes, ces petites solutions dédramatisent les difficultés, relativisent les problèmes et peuvent mener le couple vers un terrain où la communication sera facilitée.

Choisir sa compagne, son compagnon

Choisir de vivre une tranche de vie, ou toute une vie, avec quelqu'un, est une affaire difficile et sérieuse. Trop souvent, cela se fait sur un coup de foudre, une attirance momentanée ou essentiellement sur des considérations sociales, économiques et culturelles. Mais, étant donné la complexité, que nous avons vue tout au long de ce livre, des différences et des attirances entre les hommes et les femmes, ce choix mérite d'être fait avec discernement et intuition. Car c'est l'affaire la plus importante de la vie.

Je ne saurais trop recommander de vivre ensemble et de voir ce que la vie commune révèle. Pour moi, je mets au nombre des critères d'une bonne relation (il y en a bien d'autres) des affinités communes, un approfondissement de l'intimité, une amélioration de la communication, un développement des capacités de chacun.

N'oubliez pas, comme nous l'avons vu dans le chapitre sur les couples, que toute relation connaît des hauts et des bas, l'important étant de se retrouver et d'aller chaque fois plus loin. Surtout, ne vous arrêtez pas au premier conflit ! Exploitez les crises. Elles sont riches d'enseignement car elles nous forcent à fixer nos propres limites, à définir ce qui est acceptable pour nous ou non.

Rapprochement entre les hommes et les femmes

« C'est fichu, je ne comprendrai jamais mon mari ! »
« C'est fichu, je ne comprendrai jamais ma femme ! »
me disent les unes comme les autres. Tous les deux pensent qu'ils ne sont pas faits pour s'entendre.

En fait, ils ne se sont jamais expliqués calmement, ni soucieux avant tout de comprendre l'autre et de s'adapter à ce dont il a besoin.

Si la démarche n'est faite que d'un côté, ça ne peut pas aller. Il faut que le chemin soit fait en même temps par les deux. Et la plupart du temps, je conseillerais de voir ensemble un psy.

Quand j'ai une femme en thérapie psychocorporelle, c'est-à-dire d'entretien et de relaxation réunis, comme je pratique habituellement, et que je sens que la femme est bloquée dans sa relaxation et sans perspective du côté de son compagnon, je lui suggère de l'amener. C'est très fructueux d'entendre ensemble les doléances des deux et de montrer pas à pas, à la femme combien elle ignore la réalité sexuelle de son mari et au mari combien il ignore tout de la sexualité de sa femme.

On ne dira jamais assez que le problème fondamental, entre les hommes et les femmes, est de savoir imaginer qui est l'autre – démarche intellectuelle – et de vouloir lui faire plaisir – démarche affective. Au premier plan, ils doivent avoir le respect d'eux-mêmes et de leur être dans tous ses aspects affectifs et sexuels. Il s'agit en quelque sorte de remplir, chacun et chacune, sa mission d'être sexué au monde.

Il y a constamment intrication du travail personnel et du travail vers l'autre. Tout travail personnel va bénéficier à la relation.

Réunir l'homme et la femme en les rapprochant par la connaissance et par le corps, c'est donner un sens à notre vie d'aujourd'hui et de demain.

Avoir un but vers lequel tendre donne un sens à la vie. C'est une démarche enrichissante. Quand l'homme et la femme font ce travail, il y a création d'une force nouvelle. Cette entité homme-femme plus entière, plus complète, fait surgir une énergie nouvelle chez l'un et chez l'autre.

Réconcilier ses deux mondes

Il y a chez tous les êtres humains deux mondes, le monde extérieur et le monde intérieur.

Le monde extérieur est fait de nos relations avec les autres, des tâches quotidiennes, des joies, des peines. Nous y prenons notre place – la

bonne ou la mauvaise – dès la naissance, avec des gènes hérités, un bagage biologique précis, un entourage socio-économique et psychologique favorable ou désastreux. Nous y entrons avec un sexe donné, dans une famille et une culture données et on nous y assigne des rôles donnés. Nous en fabriquons une vie.

Tandis que le monde intérieur est un tissu permanent de sensations, d'émotions, d'idées, d'images, d'actes imaginés ou imaginaires, que certains appellent le Moi profond et qui est un monologue silencieux. En fait ce Moi profond n'est pas homogène, il est fait de plusieurs petits moi, tous profonds mais à des profondeurs différentes. Ce monologue silencieux se déroule de façon involontaire entre ces différents moi chez tous les êtres humains, mais la plupart n'y prêtent pas attention, le négligent et le refoulent autant qu'ils peuvent.

Ces deux mondes, séparés et parfois antagonistes, s'interpénètrent en même temps constamment. Au début de la vie, le Moi profond, l'essence de l'humain, est présent potentiellement. On le voit chez les petits enfants. Peu à peu, il subit l'influence du Moi social. Ce Moi profond peut se développer chez certains vers une solide autonomie, chez d'autres, non. Mais toujours le Moi profond est là, sentant qu'il fait partie de l'univers, suivant le rythme des jours et des nuits, des planètes. Il reste relié à quelque chose qui le dépasse. Tout être humain, dans sa solitude, se demande ce qu'il fait sur terre, quelle est sa place, sa mission, le sens de cette vie qui lui a été donnée. Et cette question d'ordre spirituel ne le quittera plus, même quand il aura l'impression, dans le tourbillon de la vie quotidienne, d'avoir perdu le contact avec le Moi profond.

La vie intérieure demande de l'attention, du soin, d'autant plus que le Moi profond subit, selon l'environnement familial ou socio-économique, diverses agressions qui le fragilisent. Chez tout être humain nous avons observé que, si cette vie intérieure est oubliée ou négligée, un jour ou l'autre elle se rappelle à l'ordre à l'occasion d'un choc, d'un conflit, d'un deuil, d'une agression. Surviennent alors des manifestations extérieures : colère, honte, tristesse, mais aussi maladie mentale ou physique, accidents – de la route, de la maison, du travail – addiction, délinquance, dépressions, voire folie.

Tout être humain a un besoin de dignité, de temps, d'équilibre entre la vie extérieure et la vie intérieure. Il y a une circulation incessante d'énergie entre les deux mondes, entre le dedans et le dehors. Toutes les grandes philosophies de l'humanité, ainsi que toutes les écoles médicales reconnaissent que le corps de l'être humain est dépositaire d'une

énergie avec laquelle il construit sa vie. Cette énergie, cette force vitale, circule plus ou moins librement selon les êtres et selon les moments de la vie. Elle est au maximum dans la sensation d'être bien soi-même, d'être en accord avec ce qu'on est profondément, de se sentir cohérent, accepté des autres et de soi-même. L'énergie vitale est au plus bas dans l'incohérence, dans la dissociation entre ce qu'on sait, ce qu'on sent de soi et le comportement extérieur, les gestes plus ou moins automatiques ou subis de la vie sociale.

L'harmonie de l'être humain

Dans le domaine de la psychosomatique sexuelle, le symptôme sexuel surgit non pas par hasard, mais au contraire à un moment où il vient étayer un bouleversement intérieur que la personne elle-même ne comprend pas. Tout n'est pas sexuel chez l'être humain, mais pour que le sexuel marche bien, il faut que l'ensemble de la personne se tienne debout ; et, pour se tenir debout, il faut savoir où on va.

Notre vie quotidienne est assurée par des fonctions qui ont chacune un centre d'énergie. L'équilibre des fonctions conditionne l'équilibre psychosomatique et donne un sens à la vie :

- la fonction intellectuelle, à laquelle se rattache tout ce qui est fonctionnement mental, la capacité à produire des idées, la mémoire, la capacité de juger, de comparer, de coordonner et de prévoir ;

- la fonction motrice, à laquelle se rattache tout ce qui est mouvement, forme, de son corps et de celui des autres ;

- la fonction instinctive, qui règle et synchronise tout ce qui est automatique dans la vie du corps, et entretient automatiquement la vie du corps ;

- la fonction affective et émotionnelle, qui donne une coloration selon les jours et les moments à tout ce que nous faisons (c'est de celle-là que Freud s'est occupé) ;

- la fonction sexuelle.

On ne peut étudier aucune de ces fonctions indépendamment les unes des autres.

Freud, en étudiant la sexualité en fonction des pulsions de l'inconscient, l'a involontairement déconnectée des autres fonctions, bien qu'il fût passionné de biologie. Il n'a pas tenu compte, parce que ce n'était pas son propos, de la vie organique dans tous ses aspects comme nous les connaissons aujourd'hui.

La fonction sexuelle est aussi bien « psyché » que « soma ». Elle est non seulement le catalyseur des quatre autres, mais c'est une partie constituante de chacun d'eux.

On comprend donc aisément que si ces autres fonctions ne fonctionnent pas bien, la sexualité sera perturbée. Pour vivre harmonieusement, il est souhaitable que trois de ces fonctions au moins, à la rigueur deux, fonctionnent bien et ensemble.

Éloge de la lenteur

Trois facultés fondamentales se retrouvent sous des aspects divers dans toute forme de vie individuelle où leur ensemble permet une individualité relativement autonome. l'attention, la conscience et la volonté.

Dans le rythme effréné de la vie moderne, on a rarement, ou jamais, le temps de chercher son unité intérieure et sa cohérence. Il est très important de se donner ce temps. Je l'ai vu maintes et maintes fois chez des hommes et des femmes arrivant essoufflés, époumonés, en retard pour avoir piétiné dans les transports en commun ou avoir été prisonniers des embouteillages, se poser dans un fauteuil et me dire : « Je ne sais plus du tout où j'en suis » Comment peuvent-ils alors synthétiser ce qu'ils ont à me dire ? Ils ont d'abord besoin de se reposer et de se laisser le temps de se rappeler qui ils sont, ce pourquoi ils sont venus et ce qu'ils attendent du traitement qu'ils sont venus chercher.

Très souvent, ils n'y arrivent pas et je leur dis : « Ressaisissez-vous. » C'est-à-dire : rassemblez-vous, faites le tour de qui vous êtes et de ce qu'une personne comme vous peut avoir à dire. Il faut du temps pour passer du monde extérieur au monde intérieur.

Quand ils commencent la relaxation, je leur dis : « Préparez-vous à changer de niveau. Tout ce que vous avez connu jusqu'à maintenant ne vous a pas préparé à cette façon d'être. Donc, acceptez de fournir une énergie qui vous permette ce passage. »

Accepter sa part d'ombre

Parmi les archétypes dont Jung a parlé, et qui sont des structures de l'inconscient, celui de l'Ombre est particulièrement original. Une fois qu'on y est sensibilisé, on se comprend mieux et on comprend mieux les autres, en cherchant à repérer leur part d'ombre. Il me semble intéressant

de rapprocher l'Ombre de Jung du concept de l'amour-haine de Melanie Klein. Ce rapprochement, qui n'a rien de classique, est une hypothèse, car je sens qu'il y a là des caractéristiques communes, bien que ces auteurs aient eu des vies, des racines et des visions du monde complètement différentes.

Cette part d'ombre, ce sont des personnages qui nous habitent dans la profondeur de l'inconscient. Élie G. Humbert en parle très bien dans son livre sur Jung. ces personnages ont « des traits de caractère et des façons d'agir qui sont la contrepartie de la personnalité consciente » et viennent l'équilibrer et l'humaniser. « Ils ne sont ni le complémentaire ni le double narcissique. [...] Ils incarnent des pulsions refoulées mais aussi des valeurs que le conscient rejette. Aujourd'hui où le modèle collectif est plutôt celui d'un individu agressif et sexuellement épanoui, l'ombre se forme du côté de la faiblesse et du sentiment. S'il est vrai que l'ombre d'une vieille dame retenue et timide peut-être une danseuse de flamenco, une personnalité puissante peut avoir dans son ombre un enfant débile. »

Comment choisir un thérapeute

Vous allez mal. Vous souffrez d'une difficulté sexuelle ou relationnelle, qui vous angoisse, absorbe votre énergie et gâche votre vie. Vous avez lu ce livre, et j'espère que vous en avez retiré une certaine ouverture vers une possibilité d'aller mieux. Vous travaillez sur vous, réfléchissez, associez vos différentes hypothèses sur l'origine de votre état et sur des solutions à trouver. Mais vous n'en pouvez plus. C'est maintenant que je vous suggère de vous faire aider par quelqu'un dont le métier consiste à écouter l'autre et qui connaît la psychosomatique et la psychologie des profondeurs. Vous voulez donc consulter. Une grande vigilance doit être employée dans le choix d'un thérapeute.

Limites de la sexologie

Face à un trouble sexuel, le premier réflexe est généralement d'aller consulter un sexologue. En effet, la sexologie permet de répondre à une demande urgente de façon plus rapide que la psychanalyse. Malheureusement, alors qu'à son origine elle a eu le grand mérite d'ouvrir sur la sexualité des portes qui étaient totalement closes, depuis quelques

décennies, de nombreux sexologues se sont engouffrés dans l'approche technique et médicamenteuse : prothèses péniennes, injections intracaverneuses dans le pénis, jusqu'au Viagra il y a quelques années contre les impuissances masculines. Ce développement spectaculaire d'une sexologie technique a été grandement conforté par la puissance des laboratoires. L'intérêt se porte sur le potentiel orgasmique de la personne, plutôt que sur sa dimension sexuelle et affective.

De toute façon, le patient ou la patiente se lasse vite d'un orgasme médicamenteux ou technique qui ne tient compte que de l'homme ou de la femme séparément. Beaucoup, au bout de quelques séances, se rendent compte qu'il n'y a pas de véritable solution en profondeur pour leur blocage du désir ou les conflits psychosomatiques qui accompagnent le trouble sexuel.

Limites de la psychanalyse

La majorité des gens pensent qu'une psychanalyse les aidera, ce qui n'est pas faux, mais n'oublions pas que Freud a lui-même dit que la psychanalyse ne sert pas à guérir, mais à comprendre, en travaillant sur les associations d'idées et l'inconscient pour éclairer la genèse des troubles. Il a ajouté : si la guérison vient, elle vient par surcroît.

A fortiori la guérison d'une difficulté sexuelle !

De plus, nous ne sommes plus dans la société de Freud, et la psychanalyse elle-même est difficilement applicable dans notre monde d'aujourd'hui dur, compétitif et exigeant, où les gens sont pressés d'être heureux, de guérir vite et pour pas cher.

Dans certains cas de difficultés sexuelles, j'irais jusqu'à dire que la psychanalyse peut être contre-indiquée, pour plusieurs raisons :

– Tout d'abord, une psychanalyse s'étend sur des années, alors que la souffrance sexuelle demande souvent des réponses rapides étant donné les dégâts qu'elle occasionne pour l'individu et son entourage.

– La psychanalyse se focalise pendant un grand nombre de séances sur ce qui s'est passé dans la petite et moyenne enfance ; cet effort pour revivre ces périodes, anciennes et devenues floues dans la mémoire, absorbe une grande partie de l'énergie mentale, sans élargir le champ de conscience du patient. Celui-ci va se focaliser sur des points de détail et sur son trouble, qui peut même devenir une obsession. Or, le trouble sexuel demande précisément qu'on s'en détache, pour pouvoir se détacher du sentiment d'infériorité ou de la colère qui l'accompagnent et qui

provoquent l'échec. Par exemple, en s'élevant à un autre niveau, le désir peut monter librement et, peut-être, mener à l'orgasme. Il faut aussi se détacher de son propre cas pour s'intéresser à l'autre et à ses désirs.

– S'il y a des clients qui veulent guérir et comprendre, il y en a aussi qui veulent guérir tout court, sans se remettre en cause. Tous les gens ne sont pas prêts à regarder dans leur passé. Ils veulent aller mieux. Comprendre la cause de leur mal-être n'est pas l'objectif de ces patients-là.

– Enfin et surtout, la psychanalyse ne touche pas le corps, comme on l'a déjà dit, même si elle traite, souvent et beaucoup, du corps symbolique et imaginaire.

Un psychanalyste ne peut pas se permettre de demander à une femme des choses aussi simples que : « Est-ce que votre compagnon vous caresse là où ça vous plaît ? Est-ce que vous lui avez demandé de le faire ? Et vous-même, savez-vous ce qui est bon pour vous ? » Le psychanalyste ne se permet pas des incursions aussi concrètes dans la réalité de son patient au lit. Et pourtant, c'est seulement ce type de questions qui pourra ouvrir son horizon et lui permettre de changer son comportement et de l'améliorer ; la détente dans le couple permettra à son tour de rétablir la communication.

Enfin, la psychanalyse bénéficie d'un statut spécial qui inhibe les critiques à son égard. En raison même de son objet, l'étude de l'inconscient, elle se retrouve auréolée d'une ambiance de mystère et de toute-puissance qui impressionne. N'oubliez pas que le psychanalyste est un être humain comme vous et moi, et qu'en général si, au départ, il a fait une psychanalyse, c'est qu'il avait une souffrance personnelle, humaine, et en cela identique à la vôtre

Les psychothérapies d'inspiration psychanalytique et les psychothérapies brèves

Les personnes qui ne sont pas intéressées par la relaxation, et qui préfèrent l'entretien seul, peuvent s'orienter vers une psychothérapie d'inspiration psychanalytique (PIP), qui dure environ deux ans. La PIP intéresse ceux à qui la psychanalyse apparaît trop longue et trop lourde. Selon la profondeur de la souffrance, le caractère de la personne, les moyens financiers, l'urgence de la situation, certains vont préférer un traitement encore plus rapide, une psychothérapie de soutien de quelques mois.

Les psychothérapies d'inspiration psychanalytique abordent des points localisés au sein d'une problématique sur laquelle le thérapeute

et son patient se mettent d'accord au cours des premières séances. Cela permet de viser des objectifs précis en abordant des aspects ponctuels.

La technique est plus interventionniste, et souvent suffisante pour que les patients aillent mieux, tout en leur évitant des années de travail couché sur le divan.

Ces psychothérapies non analytiques utilisent des méthodes psychologiques ou psychocorporelles, pour accompagner des patients dans des périodes difficiles, et sont souvent pratiquées par des psychiatres, analystes ou non, et par des médecins généralistes, balintiens ou non.

D'autres thérapies ont vu le jour aux États-Unis, telles que le comportementalisme, *behaviorism* en anglais, qui est associé au nom de Gregory Bateson et à l'école de Palo Alto en Californie, et le cognitivisme. De façon schématique, le comportementalisme essaie de faire changer les comportements, et le cognitivisme essaie de faire changer les idées.

Les deux approches, psychanalytique et comportementaliste-cognitiviste, qui ont au début paru s'opposer, ne sont pas contradictoires. Beaucoup de psychiatres psychanalystes qui cherchent à modifier l'économie des pulsions sont amenés à donner des conseils ou même des directives, d'une manière passagère, voire même recourent à la relaxation psychanalytique pour quelques séances – même si la plupart n'iraient pas jusqu'à le dire dans une conférence publique. Parmi ceux qui n'hésitent pas à le faire, citons le président de l'Association psychanalytique internationale, le Pr Daniel Widlöcher, qui reconnaît l'intérêt des thérapies comportementales et cognitives. Il a déclaré qu'il y a place à la fois pour ces thérapies et pour la psychanalyse, mais pas en même temps (*Le Nouvel Observateur*, 7-13 octobre 1999).

Toutefois, les limites du comportementalisme résident dans le fait qu'il essaie de transformer les gens sans tenir compte de ce qu'ils ont eu comme histoire et de la force des émotions ressenties dans la période archaïque. Il ne tient pas compte non plus des résistances inconscientes à tout traitement, cognitiviste ou autre, et qui ne peuvent être abordées que par une thérapie d'inspiration psychanalytique.

Une route nouvelle

Quand les gens arrivent dans le cabinet d'un psychothérapeute, quelle que soit sa spécialité, qu'ils sont imbibés de choses qu'ils ont lues ou entendues, et qu'ils se sont fait une image sur eux, il y a un travail de déconstruction à faire. Il faut tout remettre à plat afin d'ouvrir devant eux une route nouvelle.

Choisissez le médecin que vous allez voir. L'idéal est qu'un thérapeute vous soit recommandé par quelqu'un que vous connaissez et en qui vous avez confiance, et qui, si possible, a l'expérience du travail avec ce thérapeute, ou connaît quelqu'un qui a suivi ses séances. Essayez aussi – c'est plus difficile – de rencontrer des anciens patients de ce thérapeute.

Vous-même devez savoir ce que vous attendez d'un traitement. Même si votre objectif peut changer en cours de route, ayez une idée, ou des idées, sur ce que vous voulez obtenir d'une thérapie – et plus largement, ce que vous voulez faire de votre vie.

Renseignez-vous sur lui et sur les méthodes qu'il pratique. Allez le voir une fois sans engagement, n'hésitez pas à lui poser des questions sur sa formation et sa pratique. Il est parfaitement légitime de demander à un psy que l'on va voir comment il s'est formé et quelle est la doctrine à laquelle il se réfère. Pour ma part, ma théorie est d'avoir celle qui convient à la personnalité, aux besoins de ma patiente ou de mon patient.

N'hésitez pas à voir plusieurs personnes et à suivre votre intuition et votre esprit critique. Et sachez bien qu'en toutes circonstances vous avez le droit... de ne pas revenir.

Toutes les formations que nous avons évoquées et utilisées – comportementalisme, cognitivisme, Gestalt thérapie – se sont révélées utiles dans l'exercice de la psychosomatique sexuelle. Il appartient à chaque thérapeute d'adapter sa formation théorique, si possible multiple, aux différents types de patients qui le consultent.

Ce qui compte d'abord et avant tout chez un thérapeute, c'est son honnêteté, son dévouement à son métier et sa capacité d'empathie humaine. C'est sa qualité et sa chaleur humaines qui, mises à votre service, pourront vous aider.

CONCLUSION

« La sexualité, quelle merveille,
quelle errance, quelle énigme... »

Paul RICCEUR

NOUS AVONS PU LE CONSTATER TOUT AU LONG DE CET OUVRAGE : malgré les apparences de liberté, la sexualité reste un sujet tabou, secret, trop intime pour être évoqué facilement. L'éducation sexuelle et amoureuse a été un échec retentissant. Bien sûr, il y a eu des cours d'éducation sexuelle portant sur l'anatomie des organes génitaux, et des cours de physiologie pour expliquer la contraception. Mais c'était très insuffisant et très loin de ce qu'attendent les jeunes.

La loi Neuwirth autorisant la contraception a été votée en 1967. Ce n'est que six ans après, en 1973, que le ministre de l'Éducation nationale Fontanet a publié ses décrets d'application. Dans le même temps, il confiait aux professeurs de sciences la tâche de dispenser les cours d'éducation sexuelle dans les lycées. Une aberration qui a été un pas de plus vers l'échec. L'éducation sexuelle, et l'éducation à la vie tout court, est un enseignement délicat, supposant de la part du professeur avant tout un équilibre personnel et, bien sûr, une connaissance de la psychologie amoureuse et de la psychologie des adolescents à l'âge de la recherche de leur identité.

J'étais si indignée de ce manque de discernement que j'ai écrit en toute hâte un petit livre, paru en 1974 chez Bordas, intitulé *Lettre aux enseignants à propos de l'éducation sexuelle*, dans lequel je leur déconseillais d'accepter cette tâche sans une formation psychologique, de type Balint, par exemple. Les conseillères du Planning familial auraient pu être compétentes pour dispenser cette éducation sexuelle, mais leur formation

n'a été encouragée ni par les pouvoirs publics ni, à partir de 1973, par le Planning lui-même.

Résultat : pas d'éducation à la vie amoureuse et sentimentale. Pas de mise en garde des adolescents et des adolescentes sur les conséquences d'une activité sexuelle trop précoce, dénuée de connaissance et de respect de l'autre et déconnectée du moindre sentiment amoureux. Donc pas d'appel à l'autonomie et à la responsabilité, ni de formation dans ce sens.

Par ailleurs, ces adultes souffrants que nous voyons dans nos cabinets ont été éduqués et élevés par des parents d'une autre génération, eux-mêmes porteurs de tabous et d'une idéologie ancienne, les rendant peu aptes à parler de sexualité avec leurs enfants.

La circulaire Fontanet elle-même le reconnaissait : « Et ces parents n'étaient pas mieux formés que les professeurs. Les uns et les autres étaient eux-mêmes embourbés, englués dans la morale traditionnelle et dans l'ignorance... Une forte proportion d'adolescents se trouve ainsi en relations très libres avec des camarades de l'autre sexe sans être suffisamment avertis et informés. »

On peut ainsi comprendre le nombre persistant de grossesses chez les adolescentes et d'avortements, mais aussi les difficultés sexuelles et psychologiques rencontrées par les hommes, les femmes et les couples d'aujourd'hui.

C'est comme si notre société avait manqué d'une période de transition et de réflexion entre l'ordre ancien d'une part, hérité du XIX^e siècle et fondé sur les valeurs du patriarcat et la répression de la sexualité, et d'autre part la libéralisation des mœurs commencée après la Seconde Guerre mondiale, accélérée par le Planning familial et par l'accès enfin possible à la contraception. Témoignant d'un profond désir de changement et de liberté, l'explosion de Mai 68 a été le symbole de cette libéralisation. Mais la rapidité des changements n'a pas permis de prendre du recul et n'a pas donné aux hommes et aux femmes le temps de réfléchir et d'élaborer de nouvelles valeurs, en accompagnement de ces nouvelles libertés. D'autant plus que les mirages de la société de consommation et l'acquisition de biens toujours plus nombreux donnaient aux couples l'impression d'exister.

Pourtant, une étape de clarification s'était magnifiquement annoncée avec la contraception. Les premières femmes qui recouraient à la contraception étaient soulagées et heureuses ; elles étaient les symboles d'un nouveau mode d'être, d'une autonomie et d'une responsabilisation.

Beaucoup d'hommes ont suivi, mais les résistances masculines ont commencé à apparaître sous forme d'une banalisation des rapports sexuels, et même d'une attitude de rejet, voire de mépris des femmes : si les femmes étaient « libérées », elles devaient être « libres » pour répondre au désir des hommes, tandis qu'eux changeaient le moins possible. Je n'ai cessé depuis de constater les peurs masculines devant les changements du côté des femmes. Et je ne pense pas seulement aux patients que je recevais et que je reçois, mais aussi à mes collègues hommes, aux médecins qui montraient des réticences nombreuses et profondes devant la contraception et le nouveau pouvoir de décision qu'elle donnait à la femme, au sein du couple.

Il est courant aujourd'hui de dire qu'« il n'y a plus de valeurs ». Je dirais pour ma part qu'il y a une confusion des valeurs. Ayant perdu les repères d'autrefois, de la famille, de la sexualité, on flotte et les gens inventent de nouveaux comportements à partir de rencontres fortuites et d'images vues à la télévision et au cinéma. On ne connaît plus les limites et on essaie tout, pour finir insatisfaits. Les gens confondent le besoin d'intimité et de tendresse avec la promiscuité sexuelle. La liberté de faire l'amour ne remplace pas la connaissance de l'autre. La proximité du corps n'entraîne pas de façon automatique la proximité du cœur et de l'âme.

Enfin, le triomphe des valeurs d'une société marchande – j'ai de l'argent, donc j'achète ce que je veux ou ce dont j'ai besoin – parasite les relations personnelles. Les gens veulent tout, tout de suite. Mais l'amour demande du temps ! Pour comprendre l'autre, il faut le connaître, et pour le connaître, il faut du temps. Non, tout ne s'achète pas. Ni l'amour, ni les sentiments, ni le corps des femmes.

Les gens cherchent l'amour, le vrai. Mais ils croient qu'un coup de foudre, c'est l'amour. Les uns et les autres sont restés fixés sur le modèle « préhistorique » du « vrai homme » et de la « vraie femme » et sont blessés quand la réalité, au bout de quelques mois de compagnonnage ou de mariage, leur montre qu'ils ont à côté d'eux un étranger ou une étrangère. Conflits, divorces, séparations, adultères se multiplient, entraînant de profondes souffrances pour le couple et pour les enfants. Et la souffrance non identifiée, non verbalisée, n'a d'autre expression qu'un symptôme psychosomatique – fatigue, douleurs gastriques, lombaires ou précordiales et, surtout, symptôme psychosomatique sexuel, c'est-à-dire qui se manifeste au lieu même de la rencontre intime entre l'homme et la femme.

Face à cette souffrance polymorphe, le manque de praticiens formés à la psychosomatique sexuelle se fait sentir de manière criante ; cette discipline devrait avoir une place à part entière et faire l'objet d'une spécialisation médicale. Quant à la sexualité humaine, elle devrait être intégrée aux études de médecine, dès la troisième année.

Le contenu d'une formation à la psychosomatique sexuelle devrait comprendre deux volets et faire le lien entre eux : d'une part, la psychologie et la psychiatrie du bébé, et, d'autre part, les difficultés sexuelles des adultes, avec une vue d'ensemble de la sexualité humaine.

Le candidat qui veut traiter la pathologie sexuelle psychosomatique doit savoir qu'elle est conditionnée par des difficultés de la période archaïque, avant trois ans, dont les troubles marquent les individus jusqu'à l'âge adulte. Tous les bébés n'ont pas la capacité de résilience dont parle si intelligemment Boris Cyrulnik. Ce futur candidat doit donc connaître à fond la psychologie, le développement, la physiologie et la personnalité naissante des bébés. Cela suppose non seulement de bons cours, mais aussi des lectures, incluant celle des œuvres fondamentales : Melanie Klein et Winnicott, sans oublier Wallon, Ajuriaguerra et beaucoup d'autres.

Certes, ces enseignements existent dans certaines facultés, mais ils sont limités au bébé et à la famille du bébé. Or, ce qu'il faut, c'est relier cet enseignement à la vie sexuelle de l'adulte et à la psychosomatique sexuelle dont nous avons parlé tout au long de ce livre.

Cela suppose une fine connaissance de la sexualité humaine. Ce praticien devrait évidemment connaître, et apprendre à reconnaître chez ses patients, les différentes formes cliniques des impuissances, éjaculations précoces, vaginismes, dyspareunies et anorgasmies. Mais aussi les conditions socioculturelles qui favorisent, ou qui forment l'arrière-plan, de ces maladies psychosomatiques des adultes.

Le psychosomaticien sexuel doit aussi avoir une formation personnelle, qui lui permette de ne pas se projeter dans les patients et de garder une objectivité fondée sur la connaissance de soi. Je pense avoir montré ma préférence pour la méthode inventée et largement détaillée par Michaël Balint dans ses deux livres princeps, *Le Médecin, son malade et la maladie*, et *Techniques psychothérapeutiques de la médecine*, qui représentent son œuvre pédagogique pour la formation des médecins. *A Study of doctors*, qui étudie les différents degrés de névrose chez les médecins, est aussi une lecture indispensable.

Le développement des connaissances dans le domaine de la sexualité humaine dès la période archaïque aurait aussi l'immense mérite de

contribuer à la prévention (y compris, dans une certaine mesure, à la prévention des violences sexuelles). Dans le processus d'individuation du nourrisson, que Winnicott a appelé processus psychosomatique de développement, on a vu l'importance du *holding* et du *handling*, du respect du nourrisson et de l'amour autour de lui pour qu'il se tienne bien en lui-même avant d'aborder la période suivante, dite œdipienne, puis la période scolaire, etc.

Or, que constatons-nous ? Les responsables sociaux et politiques ne sont pas conscients de l'importance et de l'urgence qu'il y a à former, selon les grandes lignes évoquées ci-dessus, les femmes et les hommes appelés à entourer cette toute petite enfance (qui doivent aussi aimer la vie, être équilibrés et capables d'aimer les tout-petits dont ils ont la charge). Ces notions, connues des universitaires et des chercheurs, et spontanément appliquées par un certain nombre de parents et beaucoup de puéricultrices, sont peu ou pas connues de ceux qui décident des politiques de santé, d'éducation et de formation. Au-delà de la formation des médecins, je pense, par exemple, à celle des assistantes maternelles, qui actuellement accueillent en France beaucoup de bébés pendant que leurs parents travaillent. Mais il y a aussi les assistantes sociales, les enseignants, les éducateurs, les sages-femmes, les infirmières... Et quand on parle « formation », cela veut dire crédits et moyens, bref, volonté politique.

J'espère avoir suffisamment montré que ces connaissances sur la sexualité humaine ont une répercussion non seulement sur les enfants et les adolescents, mais aussi sur les adultes dont il est question dans ce livre. Ces adultes souffrants qui auraient eu besoin d'une éducation sexuelle et à la vie se retrouvent aujourd'hui dans les cabinets de praticiens divers qui n'ont pas toujours la réponse adaptée. La société, dans son ensemble, a tout à gagner à la diffusion de la psychosomatique sexuelle auprès des spécialistes comme du grand public.

Au terme de cet ouvrage, j'espère être parvenue à faire passer deux idées forces auxquelles je tiens : le processus de l'individuation d'une part, et la coexistence de qualités féminines et masculines chez les deux sexes d'autre part.

Pour aborder la vie amoureuse, il faut savoir qu'échanger caresses et sentiments avec une autre personne n'est pas fusionner. Échanger, c'est apprendre à connaître l'autre, c'est savoir qui on est soi-même et ce qu'on peut donner. Il s'agit de faire le tour de ce qu'on ne peut pas donner à l'autre, de se le dire et de le dire à l'autre.

En somme, il est nécessaire de devenir un individu à part entière avant de s'engager avec un autre individu. Évidemment, on ne réussit pas du premier coup...

À l'adolescence, le désir, l'attrait, la curiosité, la pulsion poussent les jeunes les uns vers les autres. C'est naturel, et c'est vrai que les « histoires », « flirts » et autres « amourettes » sont l'occasion de mûrir. À condition de le faire avec respect de l'autre et sous couvert d'une bonne contraception et d'une protection contre le sida.

Mais, quand on veut s'engager pour longtemps, sinon pour la vie, et que peut-être on pense à des enfants, il vaut mieux pour l'autre, pour soi-même et les futurs enfants, être individualisé, autonome, l'un et l'autre.

Pour Jung, qui était philosophe autant que psychanalyste, le processus d'individuation peut et doit durer toute la vie. Chaque être humain a besoin de sens et de valeurs à développer en lui-même et pour lui-même, avant de s'engager dans un couple. L'individuation se réalise quand une personne poursuit sa réflexion sur elle-même et sur son rapport aux autres, découvrant peu à peu sa personnalité authentique, son essence propre.

Ma seconde idée part d'une constatation faite au fil des années et devenue une certitude : il y a coexistence, chez les deux sexes, de qualités généralement attribuées jusqu'ici à un sexe ou à l'autre, de façon schématique et fautive. Chez les femmes, c'est la partie active, décidée, courageuse, appelée *Animus*, et chez les hommes, la tendresse, la sensibilité, la douceur : l'*Anima*. J'ai testé, et je teste encore tous les jours dans ma clientèle, la nocivité des étiquettes. Oui, les hommes ont le droit de pleurer ! Oui, les femmes ont le droit d'avoir des convictions et de s'y tenir ! La femme qui défend ses opinions développe sa personnalité individuelle à part entière ; un homme qui se laisse aller à être sensible, s'occupant des enfants et acceptant l'*Animus* des femmes, développe de même sa propre personnalité.

Cette possibilité d'expression nouvelle pour les deux sexes a un rôle libérateur, dans la vie de couple comme dans la vie sociale. Dans un couple où l'individuation est bien avancée, elle se poursuivra d'autant mieux toute la vie, chacun acceptant l'évolution de l'autre.

Ces deux idées font déjà partie du monde d'aujourd'hui. Demain, elles tomberont sous le sens et contribueront à l'harmonie entre hommes et femmes. On va me taxer d'utopiste. Tant mieux ! Chacun sait que l'utopie d'aujourd'hui est la vérité de demain car nous n'avons plus le choix, les gens souffrent de maladies psychosomatiques, sexuelles et

non sexuelles. Ils ont besoin de clarté sur l'origine de leurs troubles. Les médecins ne sont pas encore assez formés ni en nombre suffisant à la nouvelle discipline que je propose. Les êtres humains ne sont pas heureux et la vie est faite pour être heureux. Ce livre est ma contribution à la résolution de problèmes difficiles et complexes et sur lesquels il m'a été donné de réfléchir pendant un demi-siècle, au contact d'hommes et de femmes de tous horizons, multiples et divers comme la vie elle-même.

BIBLIOGRAPHIE

Psychiatrie – Psychologie – Psychanalyse – Psychosomatique

- AMADO Georges, *L'Affectivité de l'enfant*, PUF, Paris, 1969.
- BALINT Michaël, *Le Médecin, son malade et la maladie*, PUF, Paris, 1960.
- BALINT Michaël, *Techniques psychothérapeutiques de la médecine*, Payot, Paris, 1966.
- BALINT Michaël, *A Study of Doctors*, Tavistock publications, Londres, 1966.
- BALINT Michaël, *Le Défaut fondamental*, Payot, Paris, 1971.
- BALINT Michaël, *Les Voies de la régression*, Payot, Paris, 1972.
- BALINT Michaël, *Amour primaire et technique psychanalytique*, Payot, Paris, 1972.
- BRAUN M. J., *La Neuropsychologie du développement*, Flammarion-Sciences, 2000.
- BRENOT Philippe, *Les Mots du corps*, Greco, Paris, 1990.
- COTTRAUX J., *Les Thérapies comportementales et cognitives*, Masson, 3^e édition, Paris, 1998.
- EIGHER Alberto, *La Thérapie psychanalytique du couple*, Dunod, Paris, 1991.
- FERENCZI Dr Sandor, *Psychanalyse des origines de la vie sexuelle*, Petite bibliothèque Payot, Paris, 1962.
- FREUD Anna, *Le Moi et les mécanismes de défense*, PUF, 6^e édition, Paris, 1972.
- FREUD Sigmund, *La Vie sexuelle*, PUF, Paris, 1969.
- FREUD Sigmund, *Études sur l'hystérie*, PUF, Paris, 1956.
- FREUD Sigmund, *Inhibition, symptôme et angoisse*, PUF, Paris, 1968.
- HELD Dr René R. *De la psychanalyse à la médecine psychosomatique*, Payot, Paris, 1968.
- HORNEY Karen, *La Psychologie de la femme*, Payot, Paris, 1969.
- HUMBERT Élie G., *Jung*, Éditions universitaires, Paris, 1983.
- IRIGARAY Luce, *Spéculum De l'autre femme*, Minuit, Paris, 1974.
- IRIGARAY Luce, *Ce sexe qui n'en est pas un*, Minuit, Paris, 1977.

- ISRAËL Lucien, *Le Médecin face au malade*, Dessart Bruxelles, 1968
- JUNG, *Ma Vie*, Gallimard, Paris, 1973.
- KINSEY A. C., POMEROY W. B., MARTIN C. E., *Sexual behavior in the human Male*, Philadelphia, W. B. Saunders, 1948 ; *Le Comportement sexuel de l'homme* Paris, Éd. du Pavois, 1948.
- KINSEY A. C., POMEROY W. B., MARTIN C. E. et GEBBARD P. H. *Sexual behavior in the human Female*, Philadelphia, W. B. Saunders, 1953. *Le Comportement sexuel de la femme*, Paris, Amiot-Dumant, 1954.
- KLEIN Melanie, *Essais de psychanalyse*, Payot, Paris, 1967
- KLEIN Melanie, *Envie et gratitude*, Gallimard, Paris, 1968.
- KLEIN Melanie, *La Psychanalyse des enfants*, PUF, 2^e édition, Paris, 1969.
- LAUNAY Jacques, LEVINE Jacques, MAUREY Gilbert, *Le Rêve éveillé dirigé et l'inconscient*, Dessart et Mardaga, Bruxelles, 1975.
- LEMAIRE Dr Jean-G., *Les Thérapies du couple*, Payot, Paris, 1971.
- LEMAIRE Dr Jean-G., *Le Couple, sa vie, sa mort*, Payot, Paris, 1979.
- MCDUGALL Joyce, *Le Théâtre du je*, Gallimard, Paris, 1982.
- MCDUGALL Joyce, *Le Théâtre du corps*, Gallimard, Paris, 1989.
- MCDUGALL Joyce, *Éros aux mille visages*, Gallimard, Paris, 1996.
- MICHEL-WOLFROMM Hélène, *Gynécologie psychosomatique*, Masson, Paris, 1963.
- MINKOWSKI Eugène, *Traité de psychopathologie*, Synthélabo, Le Plessis-Robinson, 1999.
- MINKOWSKI Eugène, *Vers une cosmologie*, Payot-Rivages, Paris, 1999.
- SAPIR Michel, *La Formation psychologique du médecin*, Payot, Paris, 1972
- SAPIR Michel, *Soignant-soigné : le corps à corps*, Payot, Paris, 1980.
- STOLLER Robert, *Recherches sur l'identité sexuelle*, Gallimard, Paris, 1968.
- VALABREGA Jean-Paul, *La Relation thérapeutique, malade et médecin*, Flammarion, Paris, 1962.
- WIDLÔCHER Daniel, *Les Logiques de la dépression*, Fayard, Paris, 1983.
- WINNICOTT Dr Donald W., *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Payot, Paris, 1969.
- WINNICOTT Dr Donald W., *Processus de maturation chez l'enfant*, Payot, Paris, 1970
- WINNICOTT Dr Donald W., *Jeu et réalité*, Gallimard, Paris, 1975.
- ZARIFIAN Édouard, *Les Jardiniers de la folie*, Odile Jacob, Paris, 1994.

Ouvrages collectifs

- SAPIR Michel, REVERCHON François et al., *La Relaxation : son approche psychanalytique*, Dunod, Paris, 1975.
- SAPIR Michel (dir.), *Formation à la relation soignant-soigné*, La Pensée sauvage, Grenoble, 1989.

- L'Identification. L'autre c'est moi* (Freud, Ferenczi, A. Balint, Klein, A. Freud, Bergler, Fénichel, Cain, Kreisler, Greenson, Stoller, Abraham, Deutsch, Eidelberg, Greenacre, Winnicott, Jacobson), Tchou, Paris, 1978.
- Les Perversions. Les chemins de traverse* (Dorey, Freud, Abraham, Ferenczi, Pasche, Stoller, Chasseguet-Smirgel, Klein, Mijolla, Shentoub, Gillespie, Greenacre, Joseph, McDougall), Tchou, Paris, 1980.
- L'Édipe. Un complexe universel* (Anzieu, Chasseguet-Smirgel, Deleuze, Freud, Guattari, Grunberger, Jones, Klein, Malinowski, Muller, Reich, Roheim), Tchou, Paris, 1980.

Développement psychoaffectif

- FELDENKRAIS Moshé, *La Conscience du corps*, Marabout, Paris, 1971.
- WALLON Henri, *Les Origines de la pensée chez l'enfant*, PUF, Paris, 1963.

Sexualité

- BRACONNIER Alain, *Le Sexe des émotions*, Odile Jacob, Paris, 1996.
- DUYCKAERTS, *La Formation du lien sexuel*, Dessart, Bruxelles, 1964.
- HITE Shere, *Le Rapport Hite sur la sexualité des femmes*, Robert Laffont, Paris, 1977
- HITE Shere, *Le Rapport Hite sur les hommes*, Robert Laffont, Paris, 1983.
- KAPLAN Helen, *The New Sex Therapy*, Brunner/Mazel publications, 1974.
- KAPLAN Helen, *Le Bonheur dans le couple*, Belfond, Paris, 1975.
- LOWEN Alexander, *Le Plaisir*, Tchou, Paris, 1976.
- MASTERS et JOHNSON, *Les Mécontentes sexuelles et leur traitement*, Robert Laffont, Paris, 1971.
- MASTERS et JOHNSON, *Les Réactions sexuelles*, Robert Laffont, Paris, 1968.
- REICH Wilhelm, *La Fonction de l'orgasme*, L'Arche, Paris, 1952.
- SHERFEY Mary Jane, *Nature et évolution de la sexualité féminine*, PUF, Paris, 1976.
- WOLFROMM Hélène, *Gynécologie psychosomatique*, Masson, 1963.
- LURIA Zella, Friedman Susan, Rose Mitchell D., *Human Sexuality*, New York, 1987.

Femmes, Hommes, Hommes et femmes

- BADINTER Élisabeth, *L'Amour en plus*, Flammarion, Paris, 1980.
- BADINTER Élisabeth, *L'Un est l'autre*, Odile Jacob, Paris, 1986.
- BADINTER Élisabeth, *XY de l'identité masculine*, Odile Jacob, Paris, 1992.
- GROULT Benoîte, *Ainsi soit-elle*, Grasset, Paris, 1975, rééd. 2000.
- KITZINGER Sheila, *L'Expérience sexuelle des femmes*, Seuil, Paris, 1986.
- WILLI Jürg, *La Relation de couple*, Delachaux et Niestlé, Genève, 1982.

Ouvrages généraux

MOSSUZ-LAVAU Jeanne, *Les Lois de l'amour*, Payot, Paris, 1991.

VINCENT Jean-Didier, *La Biologie des passions*, Odile Jacob, coll. « Opus », Paris, 1986.

Filmographie

La Saison des hommes, Moufida Tlatlé, Tunisie, 2000.

Nettoyage à sec, Anne Fontaine, France, 1999.

Fire, Deepa Mehta, Inde, 1997.

Le Cercle, Jafar Panahi, Iran, 2000.

Vidéo/Télévision

L'Amour au XX^e siècle, 4 volumes, Pathé (France 2), 2000.

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	11
1. La première consultation	15
2. Mon parcours vers la psychosomatique sexuelle	20
3. Les origines de la sexualité adulte : du nouveau-né à l'enfant	30
<i>Freud : découverte de la sexualité infantile</i>	31
<i>Melanie Klein : fantasmes du bébé et amour-haine</i>	35
<i>Winnicott : « Tout bébé a envie de vivre et de bien vivre »</i>	40
Pour rassurer les mères	41
Blocage de l'amour, blocage du développement	42
<i>L'adolescence</i>	42
Saines révoltes	43
Du flirt à la « première fois »	44
Rien n'est jamais joué à 100 %	45
<i>Le caractère et les névroses de caractère</i>	46
Structures de personnalités, d'Hippocrate à Freud	47
Structures psychiques des hommes et des femmes	49
4. L'identité sexuelle	51
<i>Le sentiment de soi</i>	54
Il joue masculin, elle joue féminin	58
La nécessaire tolérance	59
<i>Animus, Anima : la bisexualité psychique</i>	60

Hétérosexualité – homosexualité	61
Choix de l'objet sexuel	61
« Le bonheur, c'est l'autre, quel que soit son sexe »	63
Liberté d'être	64
5. D'abord l'amour : les femmes et leur sexualité	66
Aujourd'hui	66
<i>La perte du désir</i>	67
Blessures actuelles	67
Blessures anciennes	68
Double vengeance	69
« Il faut bien que je fasse quelque chose ! »	72
<i>L'absence de désir</i>	73
Le poids d'une enfance malheureuse	74
Une première fois ratée	75
Troubles de la personnalité	76
<i>L'absence de plaisir</i>	77
« Qu'est-ce que je peux faire contre mon inconscient ? »	78
La peur de l'orgasme	80
La fragilité de la montée du désir	80
<i>Il n'y a pas de « recettes »</i>	81
Vers un monologue intérieur plus vrai	82
Des modèles nocifs : absence de dialogue et relents de guerre des sexes...	83
<i>Solitude et désir d'enfant</i>	84
La maternité dans l'angle mort de la politique	85
Concilier vie privée et vie professionnelle : un choix de société	86
<i>Corps sexué et corps amoureux</i>	87
« Suis-je normale, docteur ? »	89
Préhistoire de la sexualité des femmes	90
<i>Le regard masculin, juge de la sexualité féminine</i>	91
Frigidité à tous les étages	91
L'« envie de pénis », un concept ravageur	92
<i>Complot contre la sexualité des femmes</i>	93
Paroles d'hommes sur corps de femmes	94
Revalorisation par le médecin	96
<i>La révolution de la contraception –</i> <i>La libération par la connaissance du corps</i>	96
« C'est la première fois que je n'ai pas honte d'être une femme »	99

<i>Les femmes récupèrent leur corps</i>	100
Ravissements	102
« Bon narcissisme »	102
6. La tyrannie du pénis : les hommes et leur sexualité	104
Souffrances cachées et profondes	105
L'érection, mécanisme ultrasensible	106
L'impuissance	107
L'éjaculation précoce	110
L'éjaculateur précoce... ..	111
...et sa femme	111
Que dit la biologie hormonale de l'homme?	112
Il n'existe pas de philtre d'amour	113
Confusion entre virilité et potentiel érectile	114
« Sois fort et tais-toi »	115
Je bande donc je suis?	116
Construction de l'identité sexuelle masculine	116
Le machisme, nostalgie de la mère?	118
Les violences sexuelles	118
Les clients de la prostitution	120
Les perversions	121
Appel aux hommes	124
Le bonheur d'être un homme	124
Les masculinités sont multiples	125
Savoir se faire aimer	126
7. Les couples : le grand décalage	128
Qu'est-ce qu'un couple?	129
Le mécanisme de la collusion	130
Hommes et femmes : des demandes différentes	131
Profils types de couples	132
« Je vous amène ma femme parce qu'elle est frigide »	132
Difficulté à être touché et à toucher	134
Rigidité corporelle et psychique	135
Il n'est jamais trop tard	136
Le grand décalage	137
Différentes thérapies pour les couples	139
Se mettre à la place de l'autre	140
Exercices de couple	141
Comblés... ..	142

Éveiller les sensations	142
<i>La masturbation, activité érotique normale</i>	143
<i>Tirer parti des résistances en thérapie</i>	145
<i>Difficile rencontre entre les sexes</i>	147
Je te désire, moi non plus	149
La voie, c'est faire plaisir à l'autre	150
8. La psychosomatique sexuelle	152
«Être malade» ou «avoir une maladie»?	154
<i>Qu'entend-on par psychosomatique?</i>	154
Le corps morcelé	156
Sortir de l'impasse	157
<i>Derrière le symptôme, la souffrance sexuelle</i>	157
<i>Une hypothèse : l'origine archaïque des difficultés sexuelles</i>	159
<i>La richesse du toucher et le rôle de la peau</i>	159
<i>Corps d'ouvriers, corps de femmes : le poids du statut social</i>	160
<i>L'enseignement des résistances à la contraception</i>	162
<i>Maladies psychosomatiques sexuelles des femmes</i>	163
Le vaginisme, peur panique de la pénétration	164
Les dyspareunies	166
Les algies lombo-pelviennes	168
Les anaphrodisies	169
<i>Le blocage du désir, déception de la rencontre homme-femme?</i>	170
Dramatique méconnaissance du corps	171
Une mycose tenace	171
<i>Maladies psychosomatiques sexuelles des hommes</i>	174
Impuissance et éjaculation précoce	174
Accablé par la vie	175
Deuil	176
Amoureux de sa femme ou de sa mère?	177
Surcharge émotionnelle	177
Peur + agressivité + colère = éjaculation précoce	178
Peurs de ne pas être à la hauteur	179
<i>Les processus psychosomatiques</i>	180
Interaction entre la psyché et le soma	181
Mécanismes complexes et hypothétiques	182
<i>Le terrain des maladies psychosomatiques</i>	184
Le pouvoir des mots	185
Fantasmes et mentalisation	186
L'environnement social	187

Traiter les maladies psychosomatiques sexuelles	187
Herpès et souffrance sexuelle	188
On ne trompe pas le corps	190
À chacun son histoire de psychosomatique sexuelle	191
Le corps parle, écoutons-le	192
9. La relaxation	193
<i>De multiples petits moi</i>	194
<i>Prise de conscience, prise de corps</i>	195
Chaque corps a son histoire	195
Repartir dans le courant de la vie	196
L'apport de Schultz à la relaxation	197
<i>Une séance de relaxation</i>	198
<i>Le tonus</i>	202
Tonus et apparition du langage	202
Tonus et vigilance	203
<i>Le toucher</i>	204
<i>La cure de relaxation</i>	205
<i>Le langage</i>	206
Les inductions	207
Langage et structure mentale	208
<i>Les trois niveaux de la relaxation</i>	208
<i>Stress, mémoire affective et corporelle</i>	210
<i>Le besoin de cohérence : faire le lien</i>	211
<i>Relaxation et difficultés sexuelles</i>	211
<i>La relaxation avec les femmes</i>	212
Inductions sexuelles pour les femmes	213
Investir positivement les zones aveugles	214
La relaxation, thérapie symbolique	214
Un cas concret : les vaginismes	214
<i>La relaxation avec les hommes</i>	216
Le clivage de l'image du corps	217
Inductions globalisantes	217
<i>Relaxation et agresseurs sexuels</i>	218
<i>Relaxation et douleur</i>	219
<i>L'espace intérieur</i>	219
10. Rien n'est jamais joué à 100 %	222
<i>Changer de vision sur soi-même et sur le monde</i>	222
Alliance thérapeutique	223

Prendre sa vie en main	224
<i>Se détacher de son symptôme sexuel</i>	225
Développer son esprit critique	226
Ravages d'une idée fausse : l'exemple de la frigidité	228
Le Moi et les multiples petits moi	229
<i>Accepter les ambivalences et les incohérences</i>	230
Apprendre à se connaître	231
Notre jardin secret	232
Exercices sexuels	233
Choisir sa compagne, son compagnon	233
Rapprochement entre les hommes et les femmes	234
Réconcilier ses deux mondes	234
L'harmonie de l'être humain	236
Éloge de la lenteur	237
Accepter sa part d'ombre	237
<i>Comment choisir un thérapeute</i>	238
Limites de la sexologie	238
Limites de la psychanalyse	239
Les psychothérapies d'inspiration psychanalytique et les psychothérapies brèves	240
Une route nouvelle	241
Conclusion	243
Bibliographie	251

Composition : D.V. Arts Graphiques à Chartres
Achévé d'imprimer en avril 2002
par la Société Nouvelle Firmin-Didot
27650 Mesnil-sur-l'Estrée
Dépôt légal : avril 2002
N° d'impression : 59228

Imprimé en France

Beaucoup d'hommes et de femmes souffrent de problèmes sexuels. Bon nombre n'osent pas en parler et ceux qui le font ne trouvent pas forcément de réponses satisfaisantes : la sexologie a tendance à se centrer sur le symptôme sexuel, alors que le problème est aussi relationnel et affectif. Tandis qu'à l'inverse la psychanalyse ne traite pas le corps.

Dans ce livre tonique et concret, Suzanne Képès montre, grâce à sa longue expérience clinique, com-



Suzanne Képès, médecin honoraire, directrice d'enseignement en sexualité humaine à l'université de Bobigny, Paris-XIII, pratique aujourd'hui la relaxation psychothérapeutique, après une expérience professionnelle riche en tant que médecin du travail, psychosomaticienne et gynécologue.

Elle est l'auteur notamment de "Relaxation et sexualité" (avec Philippe Brenot, Odile Jacob, 1998), "Du corps à l'âme" (avec Danièle Lévy, L'Harmattan, 1996) et "Femmes à cinquante ans" (avec Michèle Thiriet, Seuil, coll. "Points", 1986, traduit en cinq langues).

Elle a deux filles et cinq petits-enfants.

Monique Perrot-Lanaud est journaliste.

ment les troubles sexuels peuvent masquer des conflits internes et des souffrances qui parfois remontent à la prime enfance. Et, comment, par ailleurs, des douleurs du corps peuvent être la manifestation d'un symptôme sexuel méconnu, amenant à fréquenter assidûment les cabinets médicaux.

Selon l'auteur, seule une approche psychosomatique, qui sollicite autant le psychisme (psyché) que le corps (soma), peut intégrer toutes les dimensions de la personne.

La relaxation psychothérapeutique qu'elle pratique depuis des décennies se révèle très efficace pour venir à bout des blocages qui se sont inscrits dans le corps. En s'appuyant sur de nombreux témoignages, l'auteur apporte des connaissances précieuses sur la sexualité des hommes et des femmes, beaucoup plus complexe qu'on ne l'imagine souvent. Elle explique comment on peut se débarrasser des peurs qui rendent incapable d'établir une relation et retrouver le fil conducteur de sa vie.

Ce livre, qui veut être un ami mais aussi un démystificateur, est un encouragement à se connaître et à prendre sa vie en main, car rien n'est jamais joué définitivement. Un message profondément humaniste et optimiste !

ISBN : 2-7071-3792-8



17,50 € • 114,79 F

Graphisme :
Didier Gonard