

Chapitre 4

Quand la sexologie surfe sur la troisième vague : intégration d'exercices de pleine conscience dans la prise en charge du désir sexuel hypoactif féminin

Marie Géonet, Emmanuelle Zech et Pascal De Sutter

INTRODUCTION

L'intérêt des cliniciens pour les difficultés sexuelles, et plus particulièrement pour le manque de désir, est relativement neuf. Ceci est en partie dû au fait que la sexologie clinique est une discipline assez récente. En effet, pour permettre l'émergence d'une telle science, il a fallu attendre que des changements majeurs s'opèrent au sein des mentalités de notre société occidentale, modifiant ainsi la conception qu'elle se faisait de la sexualité.

À l'époque du Moyen-Âge et de l'installation de l'Église chrétienne comme régulateur des mœurs, le sexe ne pouvait avoir pour seul objectif que la reproduction. Comme l'expliquent Agmo, Turi, Ellingsen et Kasperen (2004), quand le but de la sexualité était la reproduction, le désir n'apparaissait pas comme primordial. Ce n'est que lorsque, bien plus tard, le sexe fut considéré comme récréatif que le désir devint de première importance. Pendant longtemps, les femmes qui n'avaient pas ou peu de désir sexuel étaient donc considérées comme des exemples de vertu. Il ne s'agissait donc en aucun cas d'une difficulté mais plutôt d'un

idéal à atteindre. Avec le développement des moyens de contraception et l'assouplissement des interdits moraux et religieux, la sexualité est devenue source d'épanouissement et de satisfaction. Suite à ce changement, un intérêt pour le domaine de la santé sexuelle s'est alors développé. Au fil du temps, il s'est avéré que les troubles du désir prenaient une place considérable dans les demandes sexologiques reçues par les cliniciens, plus particulièrement au sein de la population féminine (Beck, 1994).

Dans le champ des thérapies cognitivo-comportementales, une nouvelle vague a vu le jour et se développe actuellement de plus en plus. Ces types de thérapies offrent une perspective en rupture avec celles proposées par le passé. En effet, elles ne se limitent pas à l'exposition aux situations anxieuses et elles ne tentent plus de changer les pensées des clients. L'objectif actuel est d'accepter de vivre des émotions et des pensées désagréables afin de diminuer leur impact et de prendre la meilleure décision de changement possible. Ce type de thérapie comprend notamment la pleine conscience (Segal, Williams et Teasdale, 2002) et les thérapies basées sur l'acceptation et l'engagement (Hayes, Strosahl et Wilson, 1999).

Après avoir envahi largement le domaine des troubles émotionnels, comme les problématiques anxieuses ou dépressives, l'intérêt pour cette troisième vague a progressivement été exporté hors des frontières des troubles psychopathologiques pour envahir le champ de la sexothérapie. Le présent chapitre a pour objectif de s'intéresser à ces premières tentatives d'intégration. Plus particulièrement, nous allons illustrer, au travers d'une étude de cas, comment intégrer au mieux la pleine conscience dans la prise en charge d'une patiente présentant un désir sexuel hypoactif.

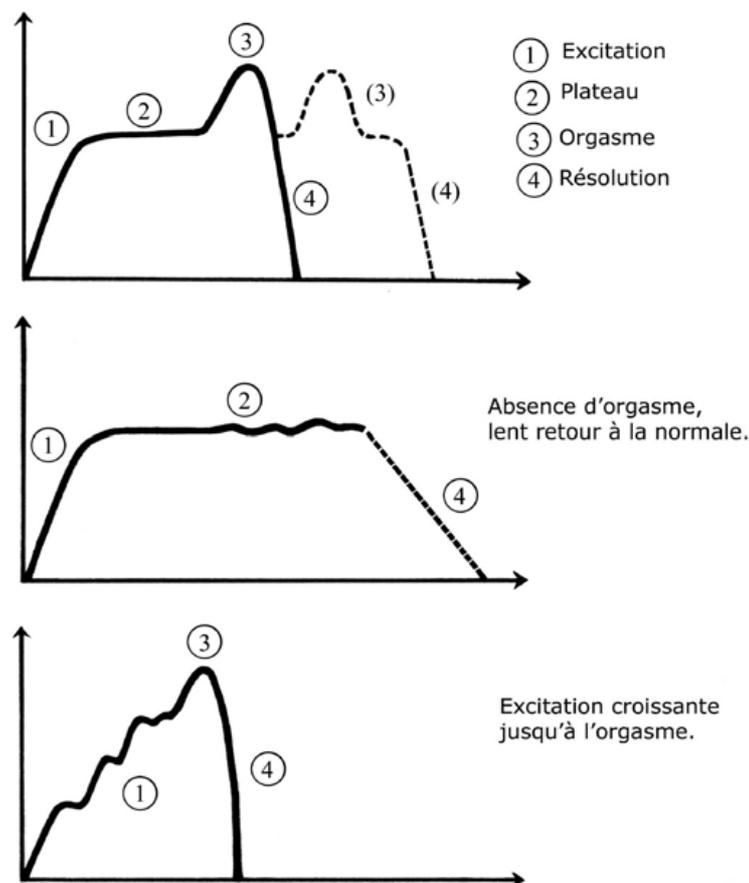
Dans une première partie, le concept de désir sexuel va être défini ainsi que les difficultés qui y sont liées. Ensuite l'intérêt d'introduire la pleine conscience dans la prise en charge des dysfonctions sexuelles sera développé. Les premières tentatives d'intégration rapportées par la littérature empirique seront également exposées. Enfin le cas de Sophie et Nicolas sera présenté afin d'illustrer une tentative d'implémentation d'exercices de pleine conscience dans la prise en charge sexologique de couple.

1. QU'EST-CE QUE LE DÉSIR SEXUEL HYPOACTIF ?

1.1. La place du désir au sein de la réponse sexuelle

Kinsey (1948) fut l'un des premiers scientifiques à faire de la sexualité son objet de recherche. Cependant, il ne parlait pas encore du désir sexuel comme faisant partie de la réponse sexuelle. Masters et Johnson (1966) ont également observé et mesuré les réactions sexuelles chez des sujets volontaires. Ils ont ainsi pu mettre en évidence quatre phases de la réponse sexuelle, aussi bien chez les hommes que chez les femmes. Ces phases sont l'excitation, le plateau, l'orgasme et la résolution. Chez

Cycle féminin de réponse sexuelle et ses trois variantes les plus fréquentes - pas de période réfractaire.



D'après W. H. Masters et V. E. Johnson, *Human Sexual Response*, 1966.

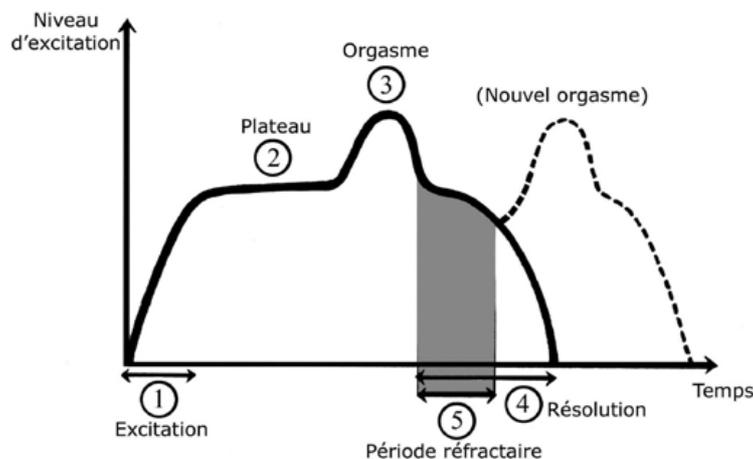
la femme, la phase d'excitation se manifeste par l'émergence de sentiments et de pensées érotiques ainsi que par diverses manifestations physiologiques, telles que la lubrification vaginale, la vasocongestion généralisée de la peau et une augmentation du volume des seins. La phase de plateau est caractérisée par une réponse vasocongestive de tout le corps ainsi que des régions génitales. Il s'agit d'un temps de stabilisation de l'excitation sexuelle. La phase suivante, l'orgasme, se caractérise par des contractions des régions génitales. Et enfin, la phase de résolution indique le retour de l'organisme vers son niveau d'activation initial. Il existe deux autres variations possibles de la réponse sexuelle classique. Tout d'abord, la femme peut atteindre plusieurs fois l'orgasme. Ensuite, à l'inverse, elle peut ne pas l'atteindre et prolonger ainsi la phase de plateau (Trudel, 2000).

Chez l'homme, ces différentes étapes de la réponse sexuelle sont identiques mais avec des caractéristiques physiologiques qui lui sont propres. Cependant, contrairement aux femmes, les hommes rencontrent une période réfractaire immédiatement après l'orgasme. Cette période se manifeste par une résistance psychophysiologique temporaire à toute situation sexuelle, de plusieurs minutes à plusieurs heures, en fonction de l'âge.

Cette première conceptualisation de la réponse sexuelle proposée par Masters et Johnson (1966) ne considère pas le désir sexuel comme

Cycle masculin de réponse sexuelle (4 phases)

La période réfractaire est comprise dans la phase de résolution.



D'après W. H. Masters et V. E. Johnson, *Human Sexual Response*, 1966.

ayant une place au sein de la réponse sexuelle de l'homme et de la femme. Il faudra attendre Kaplan (1977) pour que le désir soit intégré dans la conceptualisation de la sexualité. C'est ainsi que cet auteur distingue trois phases : le désir, l'excitation et l'orgasme. À l'heure actuelle, la conception de la réponse sexuelle revendiquée par les auteurs se veut plus nuancée et moins séquentielle, telle que celle proposée par Trudel (2003). En effet, selon ce dernier, le désir sexuel serait une phase un peu différente des autres puisqu'elle continuerait à accompagner le déroulement du cycle de la réponse sexuelle tout au long des étapes qui le constituent.

1.2. Qu'est-ce que le désir sexuel ?

Le désir sexuel est classiquement considéré comme une motivation relative au sexe. Dans la réalité, les choses sont souvent plus compliquées que cela puisqu'un individu ressentant du désir sexuel ne manifeste pas toujours un intérêt pour la sexualité en tant que telle. En effet, une personne s'engageant dans une relation sexuelle peut montrer une motivation pour tout ce que la sexualité représente comme la tendresse, la complicité ou l'intimité avec le partenaire. Dans cette situation, l'intérêt premier n'est pas lié à la sexualité et à toutes les sensations physiques qui en découlent mais davantage à la dimension affective en étroite interaction avec la sexualité. De plus, le désir comporte une dimension subjective. Il s'agit donc d'un concept complexe qui fait référence à plusieurs dimensions en interaction les unes avec les autres.

Le concept de désir sexuel n'a pas immédiatement émergé au sein de la recherche en sexologie. Aujourd'hui, malgré une reconnaissance certaine dans la littérature scientifique de ce phénomène comme une entité à part entière, aucune définition ne fait réellement *consensus*, et pour cause. Comme l'explique Trudel (2003), le désir est caractérisé par une dimension subjective importante. Contrairement aux autres phases de la réponse sexuelle, cette dimension ne repose pas sur des dimensions objectives et physiologiques. Chaque personne a donc sa propre conception et son propre vécu de ce qu'est un désir faible ou élevé. Il n'est donc pas aisé de déterminer une norme en matière de désir sexuel.

Freud (1905) fut l'un des premiers à proposer une conceptualisation de ce terme en suggérant l'existence d'un besoin sexuel inhérent à

chaque individu : la libido. Selon lui, il est nécessaire que cette motivation sexuelle puisse être exprimée pour soulager le besoin libidinal. Si ce n'était pas le cas, l'individu aurait des difficultés à stabiliser son homéostasie émotionnelle. Pour cet auteur, la libido est une tension à laquelle l'ensemble du corps est soumise et qui se doit d'être soulagée pour le bien-être de la personne. Plus tard, Kinsey, Wardell et Clyde (1948) ont proposé une perspective semblable en considérant le désir comme l'accumulation d'une tension nécessitant une décharge ultérieure. Ils ont davantage insisté sur les déterminants physiologiques et comportementaux du désir, en négligeant quelque peu les aspects psychologiques et relationnels. C'est ainsi qu'ils ont proposé une mesure de l'intensité du désir en comptabilisant le nombre de rapports sexuels dans lesquels l'individu s'est engagé et qui l'ont conduit à l'orgasme. Cette proposition de mesure ne tient cependant pas compte des activités sexuelles entreprises par l'individu sans désir, avec des motivations autres comme le besoin de tendresse ou l'envie de faire plaisir à son partenaire.

Au fil du temps, les auteurs ont davantage envisagé le désir comme un concept multidimensionnel. Kaplan (1977) a montré l'importance des facteurs psychologiques dans la naissance du désir, en interaction avec des dimensions neurophysiologiques. Selon lui, le désir sexuel prendrait son origine dans le système limbique. Pour son bon fonctionnement, cette structure biologique responsable des sensations subjectives d'appétit sexuel a besoin de stimulations physiologiques (testostérone, caresses) mais aussi de stimulations psychologiques (fantasmes, rêves érotiques, sentiment amoureux). À l'heure actuelle, il semble largement admis que certaines composantes biologiques sont nécessaires mais pas suffisantes pour l'émergence du désir (Giles, 2008). Outre cette composante physiologique, des dimensions psychologiques et relationnelles jouent également un rôle essentiel. C'est ainsi que des aspects cognitifs ont également leur importance, tel que le fait d'avoir un imaginaire érotique diversifié (Trudel, 2003). De même, un aspect comportemental serait également présent, par exemple la fréquence des activités sexuelles (Trudel, Ravart et Matte, 1993). En effet, la fréquence souhaitée des rapports sexuels serait un bon indicateur du niveau de désir, indépendamment de la fréquence réelle. La dimension relationnelle est également d'une grande importance puisque l'expression du désir se fait plus aisément au sein d'une relation de couple épanouie.

1.3. Le manque de désir ou le désir sexuel hypoactif (DSH)

Le désir sexuel hypoactif est la dysfonction sexuelle la plus répandue et la plus fréquente au sein de la population générale (Palacios *et al.*, 2009). Il apparaît que les femmes sont davantage touchées par cette problématique puisque 24 à 43 % de la population féminine souffre d'un désir sexuel hypoactif (Segraves et Woodard, 2006). La population masculine est moins concernée par cette difficulté, la prévalence étant de 1 à 15 % chez les hommes (Segraves et Segraves, 1991).

Le DSM-IV-TR (2000) définit le désir sexuel hypoactif comme : « Une déficience ou une absence de fantasmes imaginatives d'ordre sexuel ou de désir d'activité sexuelle (critère A). La perturbation doit être à l'origine d'un désarroi prononcé ou de difficultés relationnelles (critères B). La dysfonction n'est pas mieux expliquée par un autre trouble de l'axe I (à l'exception d'une autre dysfonction sexuelle) et n'est pas due exclusivement aux effets physiologiques directs d'une substance (y compris un médicament) ou d'une affection médicale générale (critère C) ». Bien que le premier critère portant sur les fantasmes sexuels offre un indice précis permettant de cerner le désir sexuel hypoactif, définir le trouble du désir comme une déficience ou une absence de désir d'activité sexuelle offre peu d'informations. Comme le propose Trudel (2003), il s'agit d'une définition circulaire, le désir étant défini comme le désir d'avoir une activité sexuelle. Le critère B est plus satisfaisant puisqu'il intègre le vécu subjectif, en insistant particulièrement sur les conséquences relationnelles et psychologiques. En effet, il paraît logique qu'une personne ayant peu de relations sexuelles, sans que cela ne soit source de malaise pour la relation conjugale, ni de détresse personnelle, ne puisse être considérée comme présentant une dysfonction sexuelle. Il apparaît donc que les critères diagnostiques proposés par le DSM-IV-TR ne sont pas encore entièrement satisfaisants.

Récemment, Basson (2001) a proposé une conception un peu différente du désir sexuel hypoactif chez la femme. En effet, elle considère que l'absence d'indicateurs typiques du désir, comme les fantasmes ou la masturbation, n'exclut en rien la réceptivité à une stimulation d'ordre sexuel. Trois facteurs majeurs peuvent influencer cette réceptivité. Le premier facteur concerne le souhait d'augmenter l'intimité avec le partenaire. Ensuite, le climat au sein duquel les stimulations émergent



joue un rôle déterminant dans la réceptivité. Si la tendresse, le respect et la communication sont présents, la motivation à s'engager dans une interaction sexuelle augmente. À l'inverse, l'inconfort émotionnel ou physique aura un effet néfaste sur cette motivation. Le dernier facteur influençant la réceptivité est la présence ou l'absence de stimulation adéquate, spécifique à chaque femme. En conclusion, ce modèle avance que, lorsqu'une femme perçoit l'opportunité d'un rapport sexuel avec son partenaire, elle peut être motivée à s'engager dans une interaction même si elle ne ressent pas de désir sexuel en tant que tel. Cet engagement serait motivé par l'espoir de retirer des bénéfices potentiels, d'ordre sexuel ou relationnel. Ce modèle offre l'avantage d'une vision plus nuancée et moins déterministe du désir, mettant au centre la dynamique du couple. Le désir de s'engager dans une activité sexuelle peut donc dépendre de bénéfices secondaires relationnels, à savoir une augmentation de l'intimité avec le partenaire. Ce bénéfice agirait alors en boucle de rétroaction positive sur le désir sexuel.

1.4. Facteurs étiologiques du DSH

1.4.1. Facteurs biologiques

Tout changement hormonal peut être responsable d'une baisse de désir sexuel. C'est ainsi que la ménopause peut être un moment particulièrement difficile pour la sexualité. En effet, on observe à cette période une chute importante de deux hormones essentielles dans le maintien du désir sexuel, à savoir les œstrogènes et les androgènes. Les maladies endocriniennes peuvent également entraîner des difficultés dans le fonctionnement sexuel (Poudat et Jarousse, 1989). Il apparaît également que certaines hormones contraceptives peuvent avoir un impact sur le désir sexuel, en raison de la diminution du taux d'androgènes (Warnock, 2002). Toutefois, les résultats des recherches actuelles restent controversés sur ce sujet.

De plus, certaines affections médicales, comme le cancer du sein ou le cancer du col de l'utérus, peuvent également influencer négativement la libido. Plusieurs facteurs peuvent expliquer l'impact néfaste de ces maladies sur le désir comme le traitement hormonal accompagnant ces pathologies, les chirurgies affectant l'image du corps et entraînant des modifications physiologiques ou encore la fatigue liée à la pathologie (Poinsot, 2005 ; Warnock, 2002).



Enfin, il apparaît que l'abus de certaines substances peut avoir un impact délétère sur le fonctionnement sexuel. C'est ainsi que l'abus d'alcool ou de cocaïne peut affecter négativement la sexualité, et notamment le désir sexuel (McCay, 2005).

1.4.2. Facteurs environnementaux

Le contexte au sein duquel chaque individu va évoluer influence inévitablement son fonctionnement sexuel. La première influence directe sur la sexualité se situe au niveau de la relation de couple. Les cliniciens s'accordent pour dire qu'un mauvais fonctionnement conjugal aurait des répercussions négatives sur la sexualité et sur le désir. C'est ainsi que Schover (1986) a pu montrer que la perte de désir sexuel pour un partenaire en particulier était le plus souvent la manifestation d'un conflit conjugal.

Dans une étude, Stuart, Hammond et Pett (1987) ont pu mettre en évidence que les personnes présentant un désir sexuel hypoactif étaient significativement moins satisfaites de la façon dont les conflits conjugaux étaient résolus. En outre, elles présentaient un score significativement plus bas pour le rapprochement émotionnel. Dans la même perspective, Trudel, Boulos et Matte (1993) ont comparé des couples dont un des partenaires présentait un désir sexuel hypoactif (essentiellement les femmes) avec des couples sans problématique sexuelle particulière. Ils ont ainsi pu observer que les couples fonctionnels présentaient un meilleur ajustement dyadique. Plusieurs autres études offrent des résultats similaires. Malgré ces nombreuses recherches, il reste cependant difficile de pouvoir établir des relations causales entre difficultés conjugales et problèmes sexuels. Il est donc peu aisé de déterminer dans quelle mesure les difficultés sexuelles seraient la conséquence de difficultés conjugales, ou inversement.

Les contextes social et culturel influencent également la manière dont chaque individu va fonctionner au niveau de la sexualité. Trudel (2003) explique que notre société occidentale a longtemps favorisé une conception conservatrice de la sexualité chez les femmes, empreinte de méfiances et d'interdits. Cette conception tend progressivement à évoluer, offrant aux femmes une éducation sexuelle plus libérale. Cependant certains stéréotypes persistent comme, par exemple, l'idée qu'une femme doit compter sur les habilités de son partenaire pour être

sexuellement satisfaite. Ces stéréotypes peuvent influencer négativement sur la sexualité et le désir.

Enfin, il ne faut pas perdre de vue que l'éducation que chacun reçoit pendant l'enfance et l'adolescence va avoir une influence sur la sexualité future. C'est ainsi qu'une attitude négative des parents envers la sexualité pourrait avoir un impact néfaste sur l'affectivité, la sexualité et le désir sexuel des enfants, une fois devenus adultes (Trudel, 2003).

1.4.3. Les facteurs psychologiques

Tout d'abord, divers facteurs cognitifs peuvent influencer négativement sur la sexualité des femmes. C'est ainsi que Nobre et Pinto-Gouveia (2008) ont pu observer une corrélation négative entre les cognitions négatives et le plaisir ainsi que la satisfaction sexuelle. Ces pensées négatives peuvent aborder différents thèmes comme les échecs et les désengagements durant la relation sexuelle, le manque d'affection du partenaire ou encore les images négatives liées au corps.

Parmi les facteurs cognitifs pouvant influencer positivement ou négativement le désir sexuel, il y a également les fantasmes. Trudel (2003) explique que développer un imaginaire érotique excitant peut contribuer à stimuler la sexualité et particulièrement les phases de désir, d'excitation et le déclenchement de l'orgasme. Rosen et Leiblum (1987) ont pu mettre en évidence que, chez les femmes souffrant d'un désir sexuel hypoactif, ce n'était pas la présence (ou l'absence) de fantasmes qui était problématique mais leur utilisation. Ces femmes avaient des fantasmes sexuels mais en faisaient un usage plus rare.

De plus, certains états émotionnels, comme la dépression, l'anxiété ou le stress, peuvent avoir un impact néfaste sur le désir sexuel. C'est ainsi que Bozman et Beck (1991) ont pu montrer que l'anxiété réduisait significativement le désir. De même, la dépression, avec son ralentissement des fonctions corporelles, provoque un désintéressement des plaisirs de la vie, incluant le plaisir sexuel (Knopf et Seiler, 1990).

Enfin, il existe plusieurs facteurs comportementaux susceptibles de jouer un rôle dans la baisse du désir sexuel. C'est ainsi que l'évitement de la sexualité est considéré comme un facteur traditionnellement associé au manque de désir. L'évitement de tout contact sexuel entraînerait une diminution momentanée du malaise ressenti tout en contribuant à long terme au maintien de la baisse de désir (Trudel, 2003). La passivité

et le manque d'initiative ont également été associés à la baisse de désir (Kaplan, 1977) ainsi que l'absence de masturbation (Schover et Lopiccolo, 1982).

2. SEXOTHÉRAPIE ET TROISIÈME VAGUE : INTÉRÊT CLINIQUE ET PREMIÈRES TENTATIVES D'INTÉGRATION

2.1. Intérêt de la pleine conscience dans la prise en charge du désir sexuel hypoactif chez la femme

Comme expliqué dans les points précédents, les facteurs cognitifs jouent un rôle central dans les dysfonctions sexuelles féminines, particulièrement dans les difficultés liées au désir sexuel. C'est ainsi que les pensées négatives liées à une mauvaise image de son corps, l'autocritique par rapport à sa performance sexuelle ou la distraction cognitive ont un impact néfaste sur la sexualité (Dove et Wiederman, 2000). Ce phénomène de distraction cognitive avait déjà été mis en évidence par Masters et Johnson (1971). En effet, ils avaient introduit le concept de *spectoring* ou le manque d'attention au moment présent et aux stimuli sexuels. Lors de ce phénomène, les personnes portent leur attention sur leur corps ou leur performance, comme s'ils étaient spectateurs d'eux-mêmes, entraînant ainsi beaucoup d'anxiété. Cette distraction cognitive est liée à une diminution et à un évitement plus important des activités sexuelles (Cash *et al.*, 2004). Il apparaît donc que les femmes présentant des dysfonctions sexuelles portent davantage leur attention sur des stimuli non sexuels distrayants, ce qui les empêche d'être pleinement attentives et immergées dans l'interaction érotique. Elles sont concentrées sur des pensées négatives liées au corps, à leur performance et leur manière de se comporter, sur des inquiétudes par rapport à la relation de couple ou même sur des petits tracas du quotidien. Cette attention dirigée vers des pensées négatives et non pertinentes pour la relation sexuelle les empêchent d'être pleinement conscientes des stimuli érotiques internes (par exemple des sensations corporelles agréables) ou externes (par exemple leur partenaire, le contexte romantique).

Or, plusieurs études ont mis en évidence l'importance de la capacité à porter son attention sur des stimuli sexuels et être pleinement

conscient de la situation sexuelle. C'est ainsi que Beck et Baldwin (1994) se sont intéressés à la manière dont les femmes sont capables de moduler volontairement leur excitation sexuelle, lors de la projection d'un film érotique. Ces participantes ont expliqué utiliser des stratégies cognitives pour augmenter, ou au contraire diminuer leur propre excitation dans ce contexte. C'est ainsi que ces femmes expliquent focaliser leur attention sur des pensées sexuelles positives ou des fantasmes quand elles souhaitent augmenter leur excitation. À l'inverse, elles se concentrent sur des pensées négatives et non-sexuelles quand elles souhaitent diminuer leur excitation. Ces résultats mettent bien en évidence le rôle central de l'attention dans le fonctionnement sexuel ainsi que d'être immergé dans le contexte érotique pour le bon déroulement d'une relation sexuelle.

Ces quelques études portant sur le rôle central de l'attention dans les dysfonctions sexuelles indiquent que la pratique de la pleine conscience pourrait avoir sa place dans la prise en charge de ces difficultés. En effet, cette pratique permettrait d'ancrer davantage ces femmes dans le moment présent en portant leur attention sur des stimuli sexuels internes, comme les sensations physiques agréables, ainsi que sur les stimuli sexuels externes, comme la peau ou l'odeur du partenaire. Cela permettrait par conséquent une certaine distanciation par rapport aux pensées négatives, en les considérant comme des pensées, des productions de l'esprit et non des faits réels. Toutefois, comme développé dans le point suivant, les premières études sur l'efficacité d'un entraînement à la pleine conscience dans la prise en charge des dysfonctions sexuelles commencent seulement à émerger.

2.2. Efficacité de la pleine conscience dans la prise en charge des dysfonctions sexuelles

Les recherches dans ce domaine n'en sont encore qu'à leurs balbutiements. En effet, à l'heure actuelle, il n'existe pas encore de protocole de traitement bien défini, tel que ceux proposés dans la réduction du stress par la pleine conscience (MBSR) ou la thérapie cognitive basée sur la pleine conscience (MBCT). Les tentatives actuelles d'intégration de la pleine conscience dans la prise en charge de difficultés sexuelles se sont intéressées uniquement à des échantillons de femmes, négligeant les dysfonctions sexuelles masculines. De même, les études portant sur

l'efficacité de cet entraînement restent qualitatives et peu validées empiriquement. Cependant, les résultats préliminaires qui s'en dégagent offrent des pistes cliniques intéressantes.

Les premiers remous de la troisième vague dans le domaine de la sexualité se retrouvent dans la littérature sous la forme d'une thèse publiée par Mayland (2005). Cette chercheuse américaine a mené une étude qualitative auprès de dix femmes satisfaites de leur vie sexuelle et ayant une pratique régulière de la pleine conscience depuis plusieurs années. Ces femmes expliquent avoir progressivement intégré cette pratique dans leur sexualité, ce qui leur a permis d'être davantage conscientes de leurs sensations physiques et de leurs émotions pendant les relations. Un second bénéfice qu'elles ont retiré de la pleine conscience est une meilleure gestion des attentes qu'elles peuvent avoir sur la manière dont elles doivent se comporter pendant les interactions avec leur partenaire. Ces premiers résultats, bien que dépourvus de preuves empiriques, suggèrent une double association entre pratique de la pleine conscience et attention davantage focalisée sur les sensations physiques d'une part, et entre pleine conscience et une meilleure acceptation de soi d'autre part.

Dans le sillage de cette première tentative, Brotto et Heiman (2007) ont tenté de mettre sur pied un protocole thérapeutique de groupe pour des femmes présentant des troubles de l'excitation suite à une hystérectomie. Ce programme était composé de divers modules de sexothérapie cognitivo-comportementale, des aspects de psycho-éducation, d'informations sur la sexualité et enfin d'une pratique de la pleine conscience. Cet entraînement spécifique à la méditation ne constituait qu'une partie de l'ensemble du programme et il était composé de quatre séances d'environ 90 minutes. Après chaque séance, les participantes étaient encouragées à intégrer la pleine conscience pendant 5 minutes dans une de leur activité quotidienne. Progressivement, après avoir pu entraîner suffisamment leurs compétences au quotidien, ces femmes étaient encouragées à pratiquer la pleine conscience dans des exercices sexuels (par exemple lors des caresses). Il ne s'agissait donc pas d'un programme complet d'entraînement à la pleine conscience, tel que le MBCT ou MBSR, mais plutôt d'un protocole plus général intégrant des exercices spécifiques de pleine conscience pertinents pour les problématiques sexuelles. L'objectif de cette approche était donc d'intégrer des éléments de pleine conscience tant dans des situations

aspécifiques du quotidien et que dans des situations spécifiquement érotiques.

Ce programme commençait par des exercices de pleine conscience classiques et généraux, comme l'exercice du raisin sec. Cet exercice avait pour objectif d'aider les participantes à réaliser à quel point leurs pensées pouvaient facilement les distraire de la tâche en cours. Ces femmes étaient ensuite encouragées à pratiquer l'exercice du *body scan* à domicile, à raison de quatre fois par semaine pendant 30 minutes. Outre la prise de conscience des pensées distractrices, cette méditation permet également de reprendre davantage conscience de son propre corps. Dans le même ordre d'idées, un exercice de pleine conscience dans la douche ou le bain était également proposé aux participantes. Elles avaient pour consigne de prendre pleinement conscience des sensations corporelles lors de cette tâche particulière comme la sensation de l'eau et du savon sur la peau, ou encore l'odeur du savon. Enfin, les derniers exercices proposés étaient beaucoup plus spécifiques puisqu'ils concernaient davantage l'exploration en pleine conscience des zones érotiques classiques telles que les fesses, la poitrine ou les zones génitales.

L'hypothèse de ces chercheurs était que la pleine conscience pourrait aider ces femmes à porter leur attention sur les stimuli sexuels positifs, comme les sensations corporelles agréables, plutôt que d'être constamment distraites par des pensées ou des affects négatifs. À la fin du programme complet, les vingt-deux participantes rapportent que cette pratique leur a permis de prendre davantage conscience de l'excitation qu'elles ressentent alors qu'elles pensaient ne plus jamais pouvoir ressentir de telles sensations. En effet, depuis l'hystérectomie, ces femmes avaient une vision très négative d'elles-mêmes. Lors des relations sexuelles, elles se plaignaient d'être distraites par des pensées et des émotions négatives à propos de leur corps qui n'était plus tout à fait le même depuis leur opération. Lors de l'évaluation globale de ce programme, c'est la composante de la pleine conscience qui a été évaluée comme étant la plus efficace.

Brotto, Basson et Luria (2008) ont observé l'efficacité de ce même programme multimodal auprès d'une population de femmes présentant des troubles du désir ou de l'excitation, sans difficulté médicale avérée. Les résultats indiquaient que ce programme global permettait une amélioration significative de la symptomatologie sexuelle. Il est cependant

difficile de distinguer la part d'efficacité spécifiquement due à la pleine conscience au sein de ces résultats. Les données empiriques concernaient le programme dans son ensemble, avec ses diverses composantes. Dans cette intervention, seules deux séances étaient consacrées à la pleine conscience. Il n'y avait donc pas de mesure pure et unique de l'efficacité de la pleine conscience en tant que telle. Le feedback qualitatif récolté auprès des participantes à la fin des sessions indiquait cependant que la composante jugée subjectivement comme étant la plus efficace restait celle de la pleine conscience.

Ces premières tentatives d'intégration de la pleine conscience dans la prise en charge des difficultés sexuelles ne permettent pas d'obtenir une évaluation quantitative de l'efficacité de cet entraînement. En effet, ces auteurs utilisent un protocole de traitement en plusieurs composantes et l'efficacité mesurée porte sur l'ensemble du traitement et non sur le module de pleine conscience en tant que tel. L'intégration d'un groupe contrôle ne bénéficiant pas des modules de pleine conscience aurait permis une mesure d'efficacité plus objective de cet entraînement. Néanmoins, ces études présentent l'avantage de faire entrer officiellement la troisième vague dans la prise en charge des dysfonctions sexuelles et d'encourager le développement d'essais cliniques randomisés et contrôlés en double-aveugle dans ce domaine.

2.3. Différence et similitude entre la pleine conscience et le *sensate focus*

Classiquement, la technique du *sensate focus* est utilisée en sexothérapie en vue d'apprendre aux couples à augmenter leur concentration, pendant les situations sexuelles, sur des aspects érotiques tels que les caresses. L'objectif majeur de cet outil thérapeutique est de diminuer l'anxiété et de se concentrer sur sa propre expérience sensorielle plutôt que de voir l'orgasme comme le seul objectif à atteindre (Masters et Johnsons, 1971).

Brotto et Heiman (2007) expliquent qu'il existe des recouvrements partiels évidents entre la technique du *sensate focus* et la pleine conscience. En effet, ces deux méthodes ne mettent pas l'accent sur l'objectif à atteindre mais bien sur la dimension expérientielle de l'activité en cours. Cependant, il existe deux différences majeures entre ces deux techniques. Premièrement, la pleine conscience est une

compétence qui peut s'appliquer à tous les domaines de la vie quotidienne, et pas uniquement à la sexualité. L'hypothèse peut donc être émise qu'une amélioration des compétences en pleine conscience aurait un impact positif sur la qualité de vie générale, sur les affects anxieux ou dépressifs, et donc à la fois directement et indirectement sur le fonctionnement sexuel. Deuxièmement, la pratique de la pleine conscience présente l'avantage certain de pouvoir être pratiquée individuellement, sans la présence d'un partenaire. À l'inverse, le *sensate focus* a été conçu uniquement pour la prise en charge des couples. La pleine conscience est donc intéressante pour les patients célibataires ou les personnes dont le partenaire ne souhaite pas être intégré à la prise en charge.

3. CAS CLINIQUE : SOPHIE ET NICOLAS

Nous avons choisi de présenter le parcours sexothérapeutique de Sophie et Nicolas parce qu'il illustre bien la manière dont la pleine conscience peut être utilisée de manière individuelle et conjugale, dans la prise en charge des dysfonctions sexuelles féminines. De plus, les difficultés présentées par Sophie sont bien représentatives de celles que l'on peut retrouver classiquement chez les femmes souffrant d'un désir sexuel hypoactif. Dans cette partie, le cas de Sophie et de Nicolas sera donc présenté ainsi que la manière dont des exercices de pleine conscience ont été intégrés au sein de la prise en charge sexologique d'une patiente présentant un désir sexuel hypoactif. L'introduction de la pleine conscience dans la sexothérapie s'est fait dans le cadre d'un suivi thérapeutique et non en groupe, comme dans le programme MBCT. En effet, nous sommes dans le cas d'une thérapie sexologique classique. Cependant, il est également envisageable de proposer un suivi sexologique basé sur la pleine conscience en groupe, tel que le programme de MBCT ou MBSR. C'est d'ailleurs dans cette optique que Brotto et Heiman (2007) avaient construit leur protocole thérapeutique intégrant la pratique de la pleine conscience pour les femmes présentant des difficultés sexuelles à la suite d'un cancer gynécologique.

Puisqu'il n'existe pas encore de protocole thérapeutique empiriquement validé pour la prise en charge des dysfonctions sexuelles, l'intégration de la pleine conscience dans le suivi de Sophie s'est faite

en fonction des besoins de la patiente et du rythme des séances. Cependant, les exercices étaient d'abord intégrés dans le quotidien de la patiente avant d'aborder les aspects plus spécifiques à la sexualité.

3.1. Contexte de la demande

Sophie est âgée de 31 ans et elle est en couple depuis 6 ans. Elle est employée et elle occupe un poste très prenant, avec des responsabilités importantes. Lors du premier rendez-vous, elle vient accompagnée de son mari, Nicolas. Il en sera de même pour une grande partie des consultations. Nicolas est âgé de 33 ans et il s'investit également beaucoup dans son travail d'indépendant.

Sophie se plaint de ne plus ressentir aucun désir depuis environ deux ans. En outre, la patiente explique n'avoir jamais eu un désir sexuel satisfaisant. Le couple n'a plus eu aucune relation sexuelle depuis plusieurs mois. Lors des tous derniers rapports, la patiente s'est parfois plainte de ressentir des douleurs. Un contrôle gynécologique n'a pu mettre en évidence aucune infection ni lésion pelvienne particulière. C'est sur les conseils de son gynécologue que la patiente entreprend la démarche de consulter un psychothérapeute comportementaliste spécialisé en sexologie.

Le manque de désir sexuel est une source de grande détresse pour la patiente. En effet, elle a le sentiment de ne pas être normale et craint de perdre son compagnon. Ce dernier a arrêté d'initier les rapports sexuels, de peur d'essuyer un énième refus de la part de sa compagne. Outre ces aspects conjugaux, la patiente souhaite pouvoir devenir maman mais elle a le sentiment que ce projet est fortement compromis par ses difficultés actuelles. Enfin, Sophie se sent très honteuse de son corps et elle ne se perçoit pas comme étant une femme désirable. Ces difficultés sont présentes depuis l'adolescence, c'est-à-dire depuis les premiers changements physiques de la puberté. Elle explique avoir depuis lors tendance à se camoufler sous des vêtements amples qui cachent ses formes.

La relation de couple de Sophie est assez houleuse. Elle explique qu'ils se disputent souvent à propos de tout et de rien. Nicolas explique être fatigué par le stress perpétuel de sa compagne. En effet, la patiente se fait beaucoup de soucis à propos de petites choses sans importance,

pour des petits tracassés du quotidien comme le ménage ou les courses. Elle a le sentiment que ses soucis prennent des proportions tellement importantes qu'ils l'empêchent de fonctionner normalement au quotidien. Les deux partenaires sont désireux de retrouver une certaine harmonie et une meilleure communication entre eux. En effet, ils sont tous les deux d'accord pour dire que leurs disputes sont nombreuses même si les sentiments entre eux sont toujours présents.

Enfin, la patiente explique avoir des relations difficiles avec sa maman. En effet, au début de l'adolescence, le père de Sophie est décédé d'un cancer. Suite à ce décès, la mère de la patiente a eu beaucoup de difficulté à reprendre pied, négligeant ses enfants et présentant des épisodes dépressifs récurrents. La patiente explique avoir le sentiment d'avoir dû être une mère pour sa propre mère, cette dernière étant incapable de se gérer toute seule. Aujourd'hui, la patiente en veut encore énormément à sa mère de lui avoir fait subir cette situation. Elle n'a plus beaucoup de contact avec son petit frère, selon elle en raison d'une incompatibilité de caractère.

3.2. Concrétisation des difficultés

Sophie et Nicolas sont venus en séance de manière très régulière et avec beaucoup de compliance. Les neuf premières séances ont été réalisées à deux semaines d'intervalle, afin de permettre au couple de réaliser à domicile les exercices proposés en séance. La dixième séance a été proposée à quatre semaines d'intervalle et la onzième séance huit semaines plus tard. Ces deux dernières séances avaient pour objectif de surveiller l'évolution positive entamée lors des séances précédentes.

La plupart des séances ont été proposées en couple. Néanmoins, les cinquième et sixième séances ont permis d'accueillir la patiente individuellement. Cela a offert un espace privilégié pour aborder des aspects de la sexualité que les femmes ont parfois difficile à révéler à leur compagnon.

3.2.1. Diagnostic selon le MINI (Mini International Neuropsychiatric Interview ; Lecrubier, Weiller, Hergueta, Amorim, Bonora, Lépine, 1999).

Le MINI est un entretien semi-structuré basé sur les critères diagnostiques du DSM-IV-TR (2000). Son objectif est de balayer une série de troubles psychologiques de l'axe I, afin de pouvoir poser un diagnostic. Dans le cadre des consultations en sexologie, un volet lié aux dysfonctions sexuelles est ajouté à sa version initiale. En effet, la version standard de cet entretien comprend les troubles suivants : épisode dépressif majeur, dysthymie, risque suicidaire, épisode maniaque, agoraphobie, trouble panique, phobie sociale, trouble obsessionnel-compulsif, trouble anxieux généralisé, stress post-traumatique, troubles alimentaires, dépendances et épisode psychotique. Aucune information n'est présente sur les difficultés sexuelles. Un volet lié à ces dysfonctions a donc été ajouté par nos soins à la version classique du MINI. Cette extension évalue les dysfonctions sexuelles suivantes : le désir sexuel hypoactif, le trouble de l'excitation, le trouble orgasmique, le vaginisme et la dyspareunie.

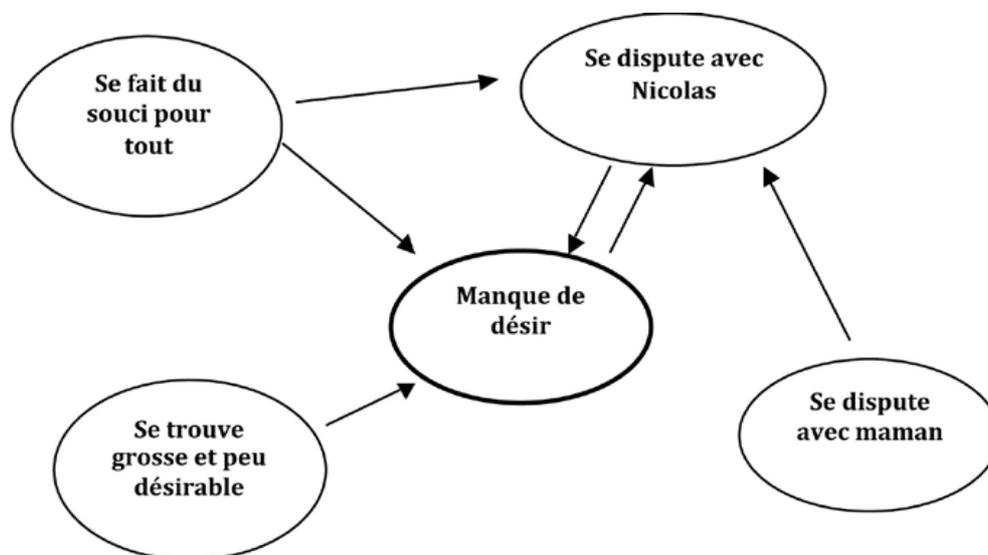
Cet entretien semi-structuré a pu mettre en évidence la présence d'un trouble anxieux généralisé ainsi qu'un désir sexuel hypoactif chez Sophie. Un diagnostic de co-morbidité n'a pas pu être directement établi avec une dyspareunie, en raison de la localisation particulière des douleurs.

3.2.2. Théorie holistique

L'objectif de la théorie holistique est d'offrir une vue générale des problèmes présentés par le patient ainsi que des interactions hypothétiques entre eux. Il s'agit, en quelque sorte, d'une photographie de la situation actuelle de la personne. Elle est donc susceptible d'évoluer au fur et à mesure du suivi. La théorie holistique est un outil clinique qui permet de susciter la réflexion chez le patient. Elle permet également une évaluation régulière de la problématique.

Dans beaucoup de dysfonctions sexuelles, le tableau clinique présenté par les patients est multiple. Il en va de même pour Sophie. Sa plainte principale concerne le manque de désir sexuel. Cependant, elle avance également d'autres difficultés pouvant potentiellement être en

interaction avec le domaine de la sexualité. Voici la théorie holistique de Sophie telle que réalisée lors des deux premières séances :



Ces données suggèrent que le manque de désir sexuel prend place au sein d'autres difficultés largement en interaction avec le domaine de la sexualité.

3.2.3. *Plainte principale*

La plainte principale de Sophie concerne son manque de désir sexuel. Cette situation est une source de détresse pour la patiente, en raison des répercussions sur son couple, de l'image qu'elle a d'elle-même et de son désir de tomber enceinte.

La patiente explique qu'elle n'a jamais eu beaucoup de désir pour la sexualité et que les comportements de masturbation sont pratiquement inexistants. Dans les premiers temps de sa relation avec Nicolas, Sophie avait le sentiment d'avoir du désir mais cela s'est dégradé de manière insidieuse. Au début, la patiente acceptait les avances de son compagnon, pour « lui faire plaisir ». Mais peu à peu, elle s'est mise à le repousser. Face à ces refus réguliers, Nicolas a cessé d'initier les relations sexuelles de peur d'essuyer un énième rejet. C'est dans cette impasse que le couple se trouve depuis déjà plusieurs mois. Lassée de l'image

négative qu'elle a d'elle-même et désireuse de fonder une famille, Sophie prend alors l'initiative de consulter, avec la collaboration active de son compagnon.

3.2.4. Analyse fonctionnelle

L'analyse fonctionnelle a pour objectif d'illustrer la manière dont le comportement problématique est renforcé par les conséquences à court terme, malgré des conséquences à long terme négatives (plus d'informations sur l'analyse fonctionnelle dans Cottraux, Baouvard et Legeron, 1985) :

Situation	Pensées	Émotions	Corps	Comportements	Conséquences
Dans le lit, son compagnon se rapproche	« Il va vouloir faire l'amour », « Je n'ai pas envie », « Je ne suis pas normale »....	Anxiété Tristesse	Augmentation du rythme cardiaque, tension musculaire dans tout le corps	Elle repousse son compagnon et refuse le contact physique (évitement comportemental)	<u>À court terme :</u> Diminution de l'anxiété (-S-) <u>À long terme :</u> Peur de perdre son compagnon, tension dans le couple, peur de ne pas avoir d'enfant... (+S-)

Cette analyse fonctionnelle permet de mettre en évidence le cercle vicieux au sein duquel Sophie se trouve prisonnière. Afin de diminuer les émotions, pensées et sensations corporelles liées à la situation de rapprochement de son compagnon, elle met en place un comportement d'évitement qui lui permet de se sentir soulagée, à court terme seulement. À long terme, cet évitement comportemental ne fait qu'entretenir la problématique et il amène toute une série de conséquences négatives. Cette analyse fonctionnelle a été présentée et discutée largement en séance avec Sophie et Nicolas. La patiente reconnaît ainsi avoir le sentiment de « tourner en rond » sans pouvoir se libérer de ce cercle vicieux.

3.3. Intégration de la pleine conscience dans la prise en charge du désir sexuel hypoactif

Séance 1 et 2

Les deux premières séances ont permis de faire l'anamnèse complète de Sophie et Nicolas ainsi que de concrétiser les difficultés exprimées. Ces deux séances ont également été l'occasion de réaliser la théorie holistique ainsi que l'analyse fonctionnelle et de les aborder avec le couple. Ces premiers contacts ont ainsi pu mettre en évidence les liens hypothétiques entre les différents problèmes actuels.

Séance 3 et 4

Ces deux séances ont été spécifiquement consacrées au travail de la communication conjugale, notamment par la restructuration cognitive. Nous ne nous attarderons pas sur ce point, cet aspect de la prise en charge ne faisant pas l'objet du présent rapport. Toutefois, le lecteur intéressé par ce type d'intervention pourra trouver davantage d'informations dans *La baisse du désir sexuel. Méthodes d'évaluation et de traitement* (Trudel, 2003).

La séance 4 se clôture par un exercice d'introduction de la pleine conscience, nommé « exercice du raisin sec ». Il s'agit d'une tâche très caractéristique de la pratique de la pleine conscience qui consiste à observer, toucher et goûter un raisin sec comme si c'était la première fois, avec un esprit neuf. Comme l'explique Segal, Williams et Teasdale (2006), cet exercice permet aux patients d'observer une nouvelle manière d'entrer en relation avec l'expérience en cours, en contraste avec la manière automatique habituelle de faire les choses. Il s'agit d'être pleinement attentif à des détails qui passent généralement inaperçus. En faisant davantage attention, on est plus ancré dans le moment présent. De plus, il s'agit d'un bon exercice d'introduction à la pratique de la pleine conscience. Selon les auteurs : « Il procure une base d'apprentissage de résolution de problème sur un mode expérientiel plutôt que sur un mode verbal analytique et intellectualisant ».

Séance 5

Pour cette cinquième séance, Sophie est venue seule. Au cours de ce cinquième rendez-vous, il a été proposé à la patiente de réaliser

l'exercice du balayage corporel. Cet exercice, d'une durée moyenne de 30 minutes, a pour objectif de balayer les différentes parties du corps avec son focus attentionnel. On propose donc à la patiente de s'allonger sur un tapis, à même le sol. Les premiers exercices de médiation sont souvent plus aisément réalisables en position couchée, en raison du manque d'entraînement. Ensuite, Sophie a simplement suivi les consignes du thérapeute qui proposait de porter successivement son focus attentionnel sur les différentes parties de son corps, en les observant avec curiosité. Le but n'est pas de relaxer les différentes parties du corps mais simplement de les observer, sans jugement. Comme l'expliquent Segal, Williams et Teasdale (2006), grâce au balayage corporel, les patients apprennent à maintenir leur attention pendant une période de temps soutenue, ce qui permet de développer la concentration, le calme et la souplesse d'attention.

L'objectif de cet exercice est également d'apprendre à observer les pensées qui peuvent traverser l'esprit, détournant ainsi le focus attentionnel du corps. Quand ce phénomène se produit, la personne est encouragée à simplement observer ses pensées puis à se concentrer à nouveau sur la partie du corps concernée. Il ne s'agit donc pas d'essayer de supprimer ses pensées mais simplement de les observer comme de simples créations transitoires de l'esprit. Le balayage corporel sera la seule méditation longue qui sera proposée à la patiente. En effet, dans les difficultés liées à la sexualité, il a semblé intéressant d'approfondir la pleine conscience au corps. C'est pourquoi il a été choisi de mettre l'accent sur la méditation du corps plutôt que les autres types de méditation assise.

Après ce premier exercice de méditation en séance, un temps d'échanges est prévu avec Sophie. Elle explique avoir pu observer le vagabondage de ses pensées au cours des 30 minutes et elle a avoué avoir eu des difficultés à ramener son esprit sur les parties du corps concernées. Avec elle, nous tentons de déterminer les activités typiques de son quotidien au cours desquelles son esprit a tendance à s'échapper du moment présent, comme le fait de faire le ménage ou se laver. Progressivement, nous interrogeons Sophie sur le lien qu'elle peut observer entre le vagabondage de ses pensées, le manque d'attention au moment présent dans ses tâches quotidiennes et le domaine particulier de la sexualité.

La pleine conscience étant davantage l'entraînement d'une compétence spécifique qu'une thérapie, des exercices à domicile ont été

proposés à Sophie à la fin de chaque séance. C'est ainsi que pour ses premiers pas en pleine conscience, nous avons proposé à la patiente de réaliser chaque jour une activité en pleine conscience comme se laver les dents, manger, prendre une douche ou encore passer l'aspirateur. L'objectif de l'exercice est de réaliser la tâche en étant pleinement concentrée sur l'expérience en cours, comme lors de l'observation du raisin sec. Si des pensées apparaissent, la consigne est de les observer et puis de ramener doucement mais fermement son attention vers la tâche en cours.

Séance 6

La première partie de la séance a consisté à passer en revue les exercices réalisés à domicile. C'est ainsi que Sophie a expliqué la manière dont elle a vécu les tâches quotidiennes en pleine conscience. Elle a pu observer que ses pensées venaient régulièrement interférer avec la tâche en cours. Elle a également pu généraliser cette tendance à l'ensemble de son quotidien, réalisant ainsi qu'elle passait beaucoup de temps à ruminer des pensées dépressives ou anxiogènes, effectuant ainsi beaucoup de comportements en pilote automatique. Cet exercice a pu révéler à Sophie qu'elle avait tendance à être prise dans ses pensées anxieuses en étant souvent peu présente dans l'expérience en cours. Elle a pu faire le lien entre ce manque de présence et son impression continuelle de ne pas réussir à profiter des bons moments de la vie. Elle a ainsi expliqué avoir le sentiment de ne pas vivre pleinement.

La seconde partie de la séance avait pour objectif de réaliser à nouveau l'exercice du balayage corporel et de discuter de l'expérience de cette méditation, de manière similaire à ce qui avait été proposé à la séance 5. Enfin, nous avons expliqué en détails les exercices à réaliser à domicile. Pour cette seconde séance, les exercices proposés étaient davantage ciblés sur le corps. C'est ainsi que nous avons proposé à la patiente de réaliser, en pleine conscience, certaines activités du quotidien spécifiquement liées au corps comme prendre sa douche, un bain ou mettre de la crème hydratante. La consigne était donc de porter son attention sur cette tâche, sur les sensations corporelles qui y sont liées, tout en observant la manière dont les pensées viennent détourner l'attention de la cible.

Séance 7

Pour cette séance, nous avons proposé au compagnon de nous rejoindre afin de pouvoir progressivement l'inclure dans les tâches à domicile. La participation de Nicolas aux exercices est déterminante pour la suite de la prise en charge. Il a donc été convenu de prendre le temps d'expliquer le principe de la pleine conscience ainsi que l'importance de sa collaboration pour aider Sophie dans sa problématique. Comme à chaque début de séance, nous avons proposé à la patiente d'expliquer comment se sont déroulés les exercices au cours de la semaine. C'est ainsi que Sophie a expliqué avoir pu observer beaucoup de pensées « parasites » à contenu négatif lorsqu'elle se mettait de la crème hydratante sur le corps ou qu'elle prenait une douche, comme par exemple : « Je suis trop grosse » ou « Mon ventre n'est pas assez ferme ». Ces pensées sont donc essentiellement liées au jugement négatif de son propre corps.

Dans un second temps, nous avons proposé au couple de réaliser ensemble un exercice de respiration consciente en séance. L'objectif de cette tâche est d'apprendre à s'ancrer dans le souffle, tout en étant ouvert à l'expérience du moment, quelle qu'elle soit. Il s'agissait pour Nicolas de faire également l'expérience de la pleine conscience, de manière tout à fait pratique. Suite à cet exercice, nous avons proposé un temps d'échanges afin d'explorer le vécu de Nicolas et de pouvoir développer le principe de la pleine conscience dans le domaine de la sexualité.

Pour clôturer la séance, nous avons proposé un exercice à domicile, quelque peu différent des précédents. En effet, cette tâche se réalise en couple et est davantage ciblé sur la sexualité. Les exercices précédents visaient à appréhender la pleine conscience et à l'expérimenter au quotidien. Au fur et à mesure des séances, ces compétences sont progressivement appliquées à la sexualité et au corps. C'est ainsi que nous avons demandé au couple de prendre le temps, une à deux fois au cours de la semaine, de se caresser mutuellement. Les consignes sont très précises puisqu'il s'agit de caresses sur tout le corps, excepté les zones érotiques classiques à savoir les parties génitales, la poitrine et les fesses. De plus, les deux partenaires doivent être habillés pour cet exercice. Ce moment doit donc être réalisé en pleine conscience, en portant pleinement son attention sur les sensations corporelles procurées par les caresses du

partenaire ou, à l'inverse, reçues par le partenaire. Il a également été conseillé aux partenaires de prendre soin de créer un climat propice à cet exercice, en allumant par exemple des bougies ou en préparant un repas romantique au préalable.

Séance 8

Une partie de cette huitième séance a été consacrée à la gestion d'un conflit de couple qui s'est présenté au cours des deux dernières semaines. En effet, il n'a pas semblé possible de continuer les exercices de pleine conscience tant que les deux partenaires n'avaient pas retrouvé une certaine complicité.

Lors de la seconde partie de la séance, nous avons proposé au couple d'exprimer comment ils avaient vécu les exercices à domicile. Sophie a expliqué avoir observé à nouveau un nombre important de pensées parasites, essentiellement liées à une image négative de son corps. La patiente semble être prise dans le piège des pensées qui consiste à croire que ses propres pensées (« je ne l'attire pas », « je suis trop grosse »...) correspondent à la réalité. En ce qui concerne Nicolas, il a exprimé avoir trouvé ces moments agréables. Selon lui, les moments privilégiés où chacun prend du temps pour son couple sont trop rares dans leur quotidien.

Ensuite, en vue d'illustrer le piège que peuvent représenter les pensées, nous avons réalisé un exercice proposé par Segal, Williams et Teasdale (2006). Cet exercice a pour objectif d'illustrer que les pensées que nous générons ne sont que des pensées et qu'elles ne correspondent pas à la réalité. Nos pensées peuvent être influencées par de nombreux facteurs comme l'état d'humeur dans lequel la personne se trouve ou le contexte dans lequel elle évolue.

Afin de bien illustrer cette notion, nous avons proposé à Sophie les consignes suivantes : « Vous vous sentez déprimé(e) parce que vous vous êtes disputé(e) avec un collègue au travail. Peu après, vous croisez un autre collègue et celui-ci s'éloigne rapidement en disant qu'il n'a pas le temps de s'arrêter. Quelles seraient vos pensées ? ». Suite à ces consignes, la patiente doit essayer de générer toutes les pensées qui pourraient être les siennes dans cette situation. Pour la seconde partie de l'exercice, nous avons proposé les consignes suivantes : « Vous êtes en pleine forme car vous et un collègue venez d'être félicités pour la

qualité de votre travail. Peu après, vous croisez un autre collègue et celui-ci s'éloigne rapidement en disant qu'il n'a pas le temps de s'arrêter. Quelles seraient vos pensées ? ». De manière similaire, la patiente est invitée à générer toutes les pensées qui pourraient lui traverser l'esprit dans cette situation. Cet exercice sert de base à une discussion sur l'impact de nos interprétations des événements sur les émotions ressenties. Comme l'expliquent Segal, Williams et Teasdale (2006) : « le message principal à retirer de cet exercice est que nos émotions sont la conséquence d'une situation additionnée d'une interprétation ». Il s'agit de réaliser que nous ne sommes pas toujours conscients que ce sont les pensées liées à une situation donnée qui vont entraîner des émotions particulières. Et comme illustré dans l'exercice, il existe une variété de pensées différentes qui peuvent correspondre à un même événement. Ces pensées varient d'une personne à l'autre, en fonction de l'humeur. Cela nous informe donc que nos pensées ne sont pas des faits.

Pour terminer cette séance, un exercice de pleine conscience a été proposé au couple pour la séance suivante. Les consignes sont simples puisqu'il s'agit de continuer la tâche proposée la semaine précédente à la seule différence que le couple doit la réaliser, non plus habillés mais en sous-vêtements, toujours sans contact avec les zones érogènes classiques. Il s'agit toujours également de faire cet exercice en étant pleinement conscient de toutes les sensations corporelles.

Séance 9

Au début de cette 9^e séance, Sophie et Nicolas ont expliqué qu'ils n'ont pas respecté les consignes de l'exercice proposé la semaine précédente. En effet, le couple a eu sa première relation sexuelle depuis plus d'un an. Face à ce constat positif, nous tentons de mettre en évidence les facteurs qui, selon les patients, ont permis de rendre cette relation sexuelle possible. Cette séance a permis de revenir sur les principaux concepts dégagés jusqu'à présent comme le pilote automatique, la non-attention au moment présent ou encore la séparation entre pensées et réalité.

Cette consultation a également permis de réfléchir à la manière dont le couple pourrait maintenir ses acquis dans le temps. C'est ainsi que les deux partenaires ont pu observer qu'un des éléments fondamentaux dans le suivi a été le temps qu'ils ont consacré l'un à l'autre. Afin



de réaliser leurs exercices de pleine conscience entre chaque consultation, ils ont dû prendre le temps de se retrouver. Il s'agit également d'un des éléments importants de la pleine conscience : savoir prendre du temps pour soi. Outre l'apprentissage de l'attention au moment présent, les tâches proposées entre chaque séance ont également permis au couple de revoir ses priorités. Ils ont réalisé que prendre soin de son couple demandait de la disponibilité temporelle et psychologique. À long terme, ils espèrent donc maintenir des moments pour eux.

Même si la demande initiale a été comblée, il est apparu important de continuer les exercices de pleine conscience. En effet, être pleinement dans l'ici et le maintenant est une compétence qui demande de l'entraînement ainsi qu'un maintien de la pratique dans le temps. C'est pourquoi, comme à chaque séance, des tâches à domicile ont à nouveau été proposées au couple. Les consignes sont similaires à celles proposées à la séance 8 si ce n'est que les caresses peuvent se faire sur l'ensemble du corps, zones érogènes comprises.

Séance 10

L'objectif de cette consultation a été de faire le point avec les patients afin d'observer l'évolution et le maintien des acquis. Depuis la séance 9, le couple a eu deux relations sexuelles suite aux exercices proposés. Sophie et Nicolas ont exprimé être satisfaits par le travail thérapeutique effectué. Bien qu'ils soient conscients du chemin encore à parcourir, ils ont pu retrouver une certaine complicité et les relations sexuelles commencent à se faire plus régulièrement. Ils ont exprimé le souhait de fixer un rendez-vous à plus long terme afin de voir comment évolue leur sexualité dans les semaines suivantes.

Séance 11

Cette consultation s'est déroulée huit semaines plus tard. Le couple a annoncé que Sophie était enceinte de presque deux mois. Les deux futurs parents sont ravis et ils expriment le désir de continuer à avoir une sexualité au cours de la grossesse de la patiente. En effet, Sophie étant devenue enceinte très rapidement, le couple craint que leur vie sexuelle ne soit pas suffisamment stabilisée. C'est pourquoi nous convenons de maintenir une séance toutes les quatre à six semaines, du moins pour les premiers temps de la grossesse. En effet, classiquement, la



sexualité après six mois de grossesse n'est pas toujours conseillée par les gynécologues. De plus, l'inconfort physique lié à la grossesse peut entraver les relations sexuelles au cours des dernières semaines avant l'accouchement.

Récapitulatif des exercices intégrant la pleine conscience

Séances	Exercices en séance	Exercices à domicile Individuel	Exercices à domicile Couple
1 ^{re} séance	Anamnèse	/	/
2 ^e séance	Théorie holistique	/	/
3 ^e séance	Analyse fonctionnelle	/	/
4 ^e séance	Travail de communication	/	/
5 ^e séance	Travail de communication + Exercice du raisin sec	/	/
6 ^e séance	Scan Corporel	Activités de routine en pleine conscience	/
7 ^e séance	Scan Corporel	Activités liées au corps en pleine conscience	
8 ^e séance	Respiration consciente	/	Caresses en pleine conscience (habillés, hors zones érogènes)
9 ^e séance	Exercices sur les pensées	/	Caresses en pleine conscience (nus, hors zones érogènes)
10 ^e séance	/	/	Caresses en pleine conscience (habillés, avec zones érogènes)
11 ^e et 12 ^e	Bilan	/	/

À la suite de ces séances, la patiente est apparue métamorphosée. En effet, avant et au début de la thérapie, elle se camouflait sous des vêtements amples, trouvant son corps peu attirant. Elle soignait peu son apparence physique et elle expliquait avoir honte de son image. Au fur et à mesure des consultations, Sophie est apparue plus soignée et a osé porter davantage de vêtements justes-au-corps. Elle a commencé à se maquiller et à porter des bijoux. La patiente a expliqué se sentir mieux dans sa peau et être plus sûre d'elle-même.

Au niveau de la sexualité, bien que les rapports sexuels n'aient pas encore la régularité espérée par le couple, le cercle vicieux de l'évitement a néanmoins été brisé. Sophie a rapporté avoir davantage conscience des sensations corporelles agréables lors des caresses. Elle a également rapporté être moins gênée par des pensées parasites liées à une mauvaise image de son corps. De manière plus générale, le couple a également rapporté être plus à l'aise dans leur communication sur leur sexualité. Ils osent davantage exprimer leurs souhaits ou leurs difficultés, sans avoir la crainte de ne pas être compris par l'autre.

Enfin, Sophie a expliqué se sentir moins angoissée au quotidien. Elle a le sentiment de pouvoir davantage prendre du recul par rapport à ses soucis, sans les ruminer de manière constante. En conséquence, elle a expliqué se sentir plus disponible psychologiquement pour sa vie de couple et la sexualité. Elle a le sentiment d'avoir souvent perdu du temps à se faire du souci pour des choses sans importance, en passant un peu à côté de l'essentiel.

CONCLUSION

Le désir sexuel est difficilement saisissable. De par sa nature subjective, les auteurs peinent à trouver un consensus sur sa définition. D'une conception biologique, la littérature a progressivement évolué vers une définition psychologique en optant finalement pour une vision multidimensionnelle de ce concept. C'est ainsi qu'aujourd'hui on considère qu'une dimension biologique s'accompagne de composantes psychologiques et relationnelles essentielles à l'émergence du désir sexuel.

Les difficultés liées au désir sexuel sont très répandues au sein de la population féminine. Classiquement, on considère qu'environ un tiers des femmes souffre d'un désir sexuel hypoactif. Il s'agit donc de plaintes

fréquemment rencontrées dans les consultations en sexologie. L'origine de ce trouble est également multifactorielle. Des facteurs biologiques, comme des modulations dans le taux d'hormones ou des affections médicales, peuvent influencer négativement sur le désir sexuel. Les facteurs environnementaux, comme la relation de couple ou le contexte familial et culturel, sont également susceptibles d'avoir un impact sur le désir. Enfin il ne faut pas négliger la composante psychologique. En effet, les émotions ainsi que les cognitions et les comportements vont influencer négativement ou positivement sur le désir sexuel.

Les pensées jouent donc un rôle central dans l'émergence du désir sexuel ainsi que dans les difficultés qui y sont liées. Des croyances négatives sur la sexualité, des pensées liées à une image négative de soi ou encore des tracas de la vie quotidienne peuvent interférer avec l'émergence du désir. Plus particulièrement, il semblerait que les femmes souffrant d'un désir sexuel hypoactif portent davantage leur attention sur ces cognitions négatives négligeant ainsi le contexte sexuel érotique dans lequel elles se trouvent. C'est pourquoi, petit à petit, l'intérêt des sexologues et des chercheurs s'est porté sur l'intégration de la pleine conscience dans les prises en charge sexologiques. L'hypothèse de départ était que la pleine conscience pourrait aider ces patientes à porter davantage leur attention sur le moment présent et le contexte érotique plutôt que d'être constamment prises dans des pensées négatives.

Les données empiriques se font encore rares, mais quelques recherches émergent déjà au sein de la littérature sur l'efficacité de la pleine conscience dans la prise en charge des dysfonctions sexuelles chez la femme. Les premiers résultats sont encourageants bien qu'ils nécessitent un ancrage empirique plus important.

L'objectif de ce chapitre était d'illustrer comment des exercices de pleine conscience avaient été intégrés et adaptés à la prise en charge sexologique d'une patient souffrant d'un désir sexuel hypoactif. Dans ce suivi, nous avons choisi de commencer les exercices du plus général au plus spécifiquement lié à la problématique de la patiente. Une partie des exercices était proposée de manière individuelle, en lien avec le corps, et l'autre partie se centrait davantage sur les aspects de couple. Dans ce cas clinique, l'utilisation d'exercices de pleine conscience a été un succès grâce notamment à l'assiduité avec laquelle le couple a réalisé les tâches entre les séances. En effet, la pleine conscience est

une pratique qui nécessite de l'entraînement et qui doit être exercée très régulièrement.

Malgré des premiers résultats cliniques et des recherches encourageantes, il reste beaucoup de chemin à parcourir pour explorer l'efficacité d'une prise en charge sexologique basée sur la pleine conscience. Des données empiriques sont nécessaires pour venir étayer les premières pistes de travail et une réflexion sur les processus cognitifs à l'œuvre dans ce changement, notamment les mécanismes attentionnels, est également nécessaire.