

L'amour est-il bon pour la santé ? Vraies et fausses allégations.

Mireille Bonierbale

Psychiatre-Sexologue (CRIR-AVS Marseille)

Qui n'a pas reçu aujourd'hui en consultation un(e) patient(e) qui n'ait pris le temps de se documenter sur son problème et n'attend en quelque sorte de vous, que suiviez la solution qu'il ou elle a sélectionné et ne vous a secrètement choisi à la lumière des clics positifs et avis accolés à votre nom sur les forum et autres sites d'évaluation de vos pratiques

Où on peut dire que l'Histoire de l'information sexuelle démarre ?

C'est dans les années 60, qu'on voit la naissance de deux mouvements : une nouvelle prise en charge des difficultés sexuelles et de nouvelles connaissances du fonctionnement sexuel humain

La spécificité => créer les conditions favorables à une « sexualité épanouie ».

Pourquoi ? On sortait d'une période d'obscurantisme, d'interdits et d'idées reçues sur le fonctionnement sexuel ; de simples messages de dédramatisation et d'information autorisantes sur le comportement sexuel avaient un effet pratiquement « miraculeux » sur les pannes blocages et difficultés sexuelles.

Dans les matériaux thérapeutiques, en 1955 on avait vu naître la REBT (Rational Emotive Behavior Therapy) avec Albert Ellis : but= donner les outils pour surmonter les émotions destructrices et auto-nuisibles et améliorer la qualité de vie. Dans cette mouvance, la structuration des sexothérapies naissantes acquiert des méthodologies de dépistage et de correction des concepts erronés pour la mise en place de réponses adaptées : la grille d'analyse du BASIC ID de Lazarus, va servir de base de travail pour les Comportements inadéquats.

Le modèle PLISSIT de Hanon (1976) décortique quatre niveaux d'intervention: autorisation (P), information limitée (LI), suggestions spécifiques (SS), et thérapie intensive (IT).

Dédramatisation, information, autorisation sont alors les maîtres mots des attitudes « thérapeutiques » des problèmes sexuels.

Premiers doutes : Information ou allégation ?

La définition juridique de l'allégation dit que le mot Allégation est employé le plus souvent au pluriel dans un sens péjoratif comme synonyme d'affirmation, de déclaration relativement à des faits dont l'existence reste à prouver ou relativement à des prétentions fantaisistes

Les premières informations sur les fonctionnements sexuels issus des travaux de William Howell Masters, gynécologue-obstétricien, et Virginia Eshelman Johnson, son assistante ont été intolérables et rejetés :

- il n'y a pas pour les femmes, un orgasme vaginal qui serait une bonne chose (selon Freud) et un clitoridien qui serait mauvais
 - la femme est plus apte que l'homme à avoir des orgasmes multiples, elle peut jouir seule...
 - la longueur du pénis n'a aucune incidence sur la capacité d'un homme à satisfaire sa partenaire
 - les personnes âgées peuvent d'avoir une sexualité active
- ⇒ la réaction ne se fait pas attendre et fait assimiler leurs études en sexologie à une forme de pornographie, d'allégations non scientifiques, ils sont congédiés de l'hôpital Universitaire de Saint-Louis en 1964

Le schéma général des sexothérapies se met en place avec l'éducation du couple ou l'individu sur le cycle de la réponse sexuelle issu en 1965 et 66 des travaux de W Masters, et V Johnson, qui amènent à une connaissance physiologique plus approfondie du fonctionnement du cycle sexuel qui était jusque-là objet d'ignorance sinon de fausses croyances faites d'amalgame d'interdits religieux, d'ordre moral appuyé sur la procréation, sources d'inhibitions et de culpabilité. Il ne faut pas oublier que les médecins ont longtemps conforté scientifiquement le discours religieux jusqu'au XIXème siècle, et les fausses croyances ont encore la vie dure (il n'est pas rare d'entendre encore des jeunes attribuer à la masturbation une crainte de stérilité). C'est face au tabou qu'il y avait à étudier « le sexe », et en partant d'observations « in vivo » que sont publiés en 1966 *Human Sexual Response*, livre qui décrit en détail les caractéristiques de la réponse sexuelle humaine avec quatre phases constituant le « cycle sexuel » : (Excitation, Plateau, Orgasme, Résolution) Livre à succès comme à controverses publiques, "Human sexual inadequacy" (1970) décrit dans un langage simple, les difficultés sexuelles des hommes et des femmes, établit une nosologie biomédicale pour leur diagnostic et propose des traitements des dysfonctionnements sexuels en s'appuyant sur leur modèle du cycle sexuel en quatre étapes.

Ces œuvres ouvrent le domaine de la thérapie sexuelle, et continuent encore aujourd'hui à fournir une base pour les approches de la recherche et la thérapie sexuelle, les cycles servent toujours de base pour les classifications médicales comme le DSM

Portée et critique des découvertes du domaine de la santé sexuelle dans les années 60-70

Que ressort-il de la diffusion des travaux de W master et V Johnson ?

- Contrairement à la croyance populaire, il n'y a absolument aucune différence entre un orgasme vaginal et un orgasme clitoridien.
- La longueur du pénis d'un homme n'a aucune incidence sur sa capacité à satisfaire sa partenaire.
- Les personnes âgées, groupe dont on avait longtemps considéré qu'ils n'avaient plus ou peu d'activité sexuelle « performante » montraient que c'était non seulement possible, mais « normal ».

Des biais méthodologiques ont été retrouvés dans ces travaux ultérieurement, et il n'a pas été possible de reproduire le taux de succès de leurs résultats.

Les programmes de traitement sexologique intensifs publiaient des résultats satisfaisants avec des taux de succès importants, pouvant se maintenir jusqu'à 5 ans. Sans groupe comparatif, sans méthodes d'évaluation claires, sur une patientèle sélectionnée, on constata par la suite que les gains thérapeutiques ne se maintenaient pas autant que les auteurs l'avaient décrit, que les rechutes étaient présentes, et qu'il pouvait y avoir des transformations en d'autres symptômes, et que de nombreux patients nécessitaient plus de 2 semaines de traitement.

L'évaluation à posteriori des résultats de suivi à 5 ans n'incluaient que 29 % de l'échantillon de départ sans qu'on puisse savoir quels couples n'avaient pas été recontactés ni pourquoi ils avaient refusé de répondre, ce qui montrait un manque de preuve des résultats de ces traitements à long terme.

Ceci nécessita par la suite une adaptation progressive et un recadrage de ces programmes thérapeutiques dont le succès populaire avait été fondé au moment de leur diffusion sur le besoin de proposition de thérapies brèves et l'espoir pour de nombreux individus d'améliorer leur fonctionnement sexuel

Le courant sociologique avec Morrow souligne l'aspect ethnocentrique du travail de Masters et Johnson influencé par les valeurs occidentales de la sexualité. Pour lui classer le cycle sexuel en quatre étapes aboutit à une définition étroite de la fonction sexuelle :

- pour une femme aboutir à l'orgasme
- et pour l'homme à une éjaculation lors du coït, ce qui a pour résultat que tout autre alternative devient dysfonctionnelle, sans que la notion de désir sexuel y figure.

Retenir de la contribution de Morrow d'être critique vis à vis du modèle de Masters et Johnson comme norme universelle de « fonctionnement sexuel sain » ; la thérapie sexuelle doit aller plus loin que le fonctionnement du patient en n'oubliant pas de prendre en compte le contexte socioculturel et économique afin de ne pas mettre en place des thérapies « normatives » banalisant l'approche sexologique, qui seraient basées sur le seul rétablissement d'une fonction normalisée sans tenir compte de l'environnement, de la vie sexuelle et de l'histoire du patient et de son couple.

Mais est ce que ce ne sont pas plus et encore les modèles diffusés aujourd'hui encore ?

Si la seule « preuve d'efficacité » est le rétablissement « fonctionnel » sexuel en dehors de la vie réelle du patient et de ses motivations ; tient on compte de la dimension humaniste de la sexualité ?

On ne peut pas méconnaître l'ouverture initialisée par ces sexothérapies dans l'aide, l'accompagnement, et la prise en charge des patients en souffrance dans leur vie sexuelle : privilégier l'information a pour effet de dédramatiser les peurs individuelles et de corriger les erreurs de concepts et de croyances qui perturbent le cycle sexuel ce qui génère une représentation plus fluide et « autorisée » du fonctionnement sexuel et permet le développement et d'acquisition d'habiletés sexuelles par l'apprentissage et la remise en fonction progressive de la sexualité déficiente

Quelles informations aujourd'hui pour aider la vie sexuelle? Quelle place ont-elles prise ?

Aujourd'hui les couples sont moins compliants, ont plus de demandes personnelles, il faut des adaptations de consignes à la carte, il y a plus de demandes médicalisées pour gagner du temps, l'insight de développement personnel est-il gommé ?

Lo Piccolo attribue en 1994 le déclin des sexothérapies classiques et de leur acceptabilité, à des changements culturels qui modifient la nature des problèmes des patients et leur étiologie . s'agit il de fonctionner seul et ou avec toutes les rencontres possibles, sans attachement ?

Les patients deviennent mieux documentés sur les problèmes sexuels et leurs prises en charges, ils sont moins honteux de leur symptômes, moins inhibés par l'évolution de la morale ; ils se rapprochent en quelque sorte du profil des « patients experts » pour lesquels le bénéfice de l'information thérapeutique est moins flagrant, ils font de l'autothérapie et acquièrent des habiletés sexuelles (la pédagogie sexuelle est médiatisée à l'excès , il y a surabondance de diffusion de films érotiques, de « bibliothérapie » par journaux médiatiques interposés, internet, livres grands public de sexologie, etc).

Les patients n'attendent plus comme dans les années 60,70 d'être « autorisés à fonctionner » et acquérir « un savoir-faire » sexuel, ils veulent devenir efficace et experts en sexualité... Tout se passe comme si le médicament remplaçait la parole ; la question du sens du symptôme et de son avènement devenant obsolètes tant pour le patient que le médecin. Le pénis fonctionnel s'est substitué à l'homme sur le devant de la scène thérapeutique, et la femme n'est plus que le témoin de la qualité de la réponse de son érection dans les études d'efficacité de ces « traitements ». En clair les composantes affectives et relationnelles sont passées au second plan dans les études et les recherches sont au profit du fonctionnement sexuel « sec ». Mais la société de rencontres fugaces par site internet interposés et adapté à l'adultère programmé n'est-elle pas la démonstration de nouveaux modèles devenant des moteurs de comportements ?

L'excitation a remplacé le Désir mais ils sont confrontés à ce que les aides pharmacologiques ne résolvent pas toutes les difficultés de soi et du couple si les problèmes intrapsychiques qui sont souvent à l'origine d'inhibition sexuelle et de détresse ne sont pas abordés. Les prédateurs sont à la noce ?

Notons que les premiers échecs des médicaments sexo-actifs dans les DE sont liés aux cas où les partenaires sont réticentes à se réinvestir sexuellement et dans ceux liés à une évaluation insuffisante du contexte psychosocial. Les femmes d'hommes ayant des DE ont souvent des problèmes de manque de confiance en soi, elles ne se sentent pas attractives ou suspectent leur compagnon d'avoir une relation extra conjugale

Récemment, McCabe et Althof ont encore montré que les difficultés sexuelles de l'homme méritent plus d'évaluations pour retrouver un équilibre dans sa vie sexuelle que celle de la seule capacité de son pénis à retrouver une érection..... Mais y a-t-il encore un public pour l'entendre ?

Une santé sexuelle magique ?

L'information se transforme en « Modes d'emploi » le désir lié à la transgression de l'interdit se transformé en obligation de désir qui gomme le Désir

La transgression devient une norme avec une « sexo porno » comme modèle d'information ; mais bien sur cela génère de nouvelles anxiétés et de nouvelles plaintes (ne pas éjaculer assez, ou trop vite, faire hurler sa partenaire, une recherche d'un savoir être « normal » qui devient normalisé ?

A qui sont bénéfiques ces nouveaux comportements ? L'industrie des sexo-actifs (sex toys, video, gadgets divers), les médias, les chaînes de télé « hard », l'industrie pornographique, les sites de rencontres, le scénario de la banalisation a remplacé la dédramatisation, mais pour un sexe sans âme, sans « histoire », sans amour ? « Baiser vite souvent avec de nombreux partenaires »

Si la question posée n'est-elle pas « L'amour est-il bon pour la santé ? » de quel « amour » parle-t-on ?

Définition de « Amour » dans le Larousse et apparentés

Inclination d'une personne pour une autre, de caractère passionnel

Sentiment d'affection, d'attirance sentimentale et sexuelle entre deux personnes.

Sentiment d'attachement, d'affection mutuelle entre amis ou membres d'une même famille.

Attachement désintéressé à une valeur, un idéal.

Mais si c'est de faire l'amour que nous parlons, parlons-nous de sentiment ou d'activité ?

Le Proverbe : *L'amour du prochain commence par soi même*, peut amener à se poser question sur ce "processus" devant être maintenu, conquis et développé par différentes méthodes telles que

- l'éducation à la santé qui vise à susciter la responsabilité des individus concernant leurs comportements
- et la promotion de la santé qui vise à agir sur le contexte social, l'environnement et le cadre légal.

La santé, comme forme du bien-être individuel et collectif qui serait ainsi devenue comme le souligne A Giami une des valeurs centrales et suprêmes du monde contemporain

Alors ..La santé par l'amour, parlons en...

Références

Bandura A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychol Rev*, 84 (2), 191-215.

Benson H, & Epstein, M.D (1975). *The Placebo Effect: A Neglected Asset in the Care of Patients. Chapter 12 in Health for the Whole Person*. West View Press.

Bransford JD, Brown AL, Cocking R.R(1999). *How people learn: Brain, mind, experience, and school*. Washington, DC: National Academy Press.

Donahy K, Miller S. (2001). *What works in sex therapy : a common factors perspective In New Directions in Sex Therapy: Innovations and Alternatives*. (K. PJ, Éd.) Philadelphia: Brunner-Routledge.

Giami A : Santé sexuelle , (2005) : la médicalisation de la sexualité et du bien-être : Comprendre (revue de philosophie et de sciences sociales : 97-115 (P.U.F.)

Guerin P. (1984). *L'évaluation des psychothérapies*. Paris: PUF.

Luborsky L, Singer B, Luborsky I. (1975). Comparative studies of psychotherapies: Is it true that "everyone has won and all must have prizes. *Archives of General Psychiatry* , 32, 995-1008.

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

Masters W, Johnson V. (1970). *Human sexual inadequacy*. Boston: Little Brown & C

Morrow R. (1996). A critique of Masters' and Johnson's concept and classification of sexual dysfunction. *Revue Sexologique* , 4, 159-180.

.