Science et Comportement (1991)
Vol. 21 n° 1, p. 26-40

Désir sexuel hypoactif: évaluation et traitement

GILLES TRUDEL[1]

Université du Québec à Montréal
et
Hôpital Louis H. Lafontaine

Au cours des dernières années, un nombre croissant de publications se sont penchées sur le problème du désir sexuel hypoactif. Cependant, ce concept demeure vague et imprécis. Au niveau de l'évaluation, plusieurs dimensions peuvent être envisagées, mais la complexité de ce problème sexuel et le manque de données scientifiques sur ce thème rendent difficiles la proposition d'un protocole précis d'évaluation. Enfin, il existe quelques programmes d'intervention. Cependant, nous manquons de données expérimentales sur la valeur de ces programmes. L'auteur propose certaines recommandations visant la définition des caractéristiques des personnes présentant un problème de désir sexuel. Une telle démarche permettrait de mieux cerner ce problème et de faire des recommandations plus précises sur l'évaluation et le traitement de ce problème.

Au cours des dernières années, un nombre croissant de publications ont porté sur les problèmes de désir sexuel. Ceci est attribuable probablement à divers facteurs et, notamment, à l'augmentation de l'incidence des demandes de consultations pour ce problème sexuel. En outre, on s'est rendu compte que cette problématique pouvait nuire au traitement des autres problèmes sexuels tout en étant en soi une problématique extrêmement complexe à évaluer et à traiter. Une des choses dont on s'est rendu compte en rapport avec le manque d'intérêt pour la sexualité est que lorsqu'on traite une dysfonction sexuelle, on observe souvent des améliorations cliniquement significatives. Cependant, ces améliorations peuvent donner lieu à des rechutes ou à une certaine détérioration de la performance des sujets à la relance. Cette réapparition du problème sexuel est souvent attribuable à un problème de désir sexuel non diagnostiqué lors de l'évaluation.

Les problèmes de manque d'intérêt pour la sexualité posent donc une série de difficultés. Premièrement, il importe de mieux comprendre et définir la problématique associée aux problèmes de désir sexuel. Deuxièmement, il faut reconnaître que cette problématique a un impact sur le traitement des problèmes sexuels en général et qu'il faut toujours évaluer cette dimension de l'activité sexuelle, même si d'autres problèmes sexuels semblent plus apparents. Troisièmement, il faut développer des moyens efficaces de traitement des problèmes de désir sexuel.

[1] Les demandes de tirés à part peuvent être adressées à Gilles Trudel, Département de psychologie, Université du Québec à Montréal, Case postale 8888, Succursale A, Montréal (Québec) Canada, H3C 3P8.

Le but de cet article est de faire le point sur les problèmes de désir sexuel et d'analyser de façon critique divers aspects des publications scientifiques sur ce sujet. Essentiellement, nous nous limiterons à l'étude des problèmes de désir sexuel hypoactif chez le couple hétérosexuel. Il est évident que ce type de problématique peut exister également chez des personnes n'ayant pas de vie de couple stable ou chez des personnes ayant une vie de couple homosexuelle. Cependant, pour limiter l'ampleur de cette recension des écrits, nous nous bornerons essentiellement à l'étude de ce problème chez des personnes évoluant dans le contexte d'une vie de couple hétérosexuelle.

Problème de définition

Le désir sexuel hypoactif est défini dans le DSMIII-R comme étant une déficience persistante et récurrente dans le désir d'avoir des activités sexuelles. Le DSMIII-R ajoute à ce manque de désir au niveau sexuel une autre caractéristique qui serait une absence ou une déficience au niveau des fantasmes. Ce problème peut-être situationnel, c'est-à-dire se manifester dans un contexte spécifique (par exemple avec un ou une partenaire en particulier) ou généralisé, c'est-à-dire se manifester peu importe le type de partenaires ou d'activités. Ce problème peut aussi être primaire, c'est-à-dire exister depuis toujours ou secondaire, c'est-à-dire être apparu après une période de fonctionnement sexuel «normal». A cela s'ajouterait une autre dimension qui n'est pas véritablement mentionnée dans le DSMIII-R, mais qui réside dans le fait que certaines personnes peuvent avoir des variations significatives dans le niveau de désir sexuel au cours de leur vie et ce, parfois, à plusieurs reprises.

Comme on peut le voir, il n'est pas facile de définir ce problème de façon précise et, dans une certaine mesure, la définition du DSMIII-R se caractérise par son caractère à la fois vague et même circulaire. Par exemple, il serait important d'apporter des précisions sur ce qu'est un «manque de désir» pour les activités sexuelles et sur ce qu'est une déficience au niveau des fantasmes. Dans la mesure où la fréquence des activités sexuelles peut être un indicateur parmi d'autre du niveau de désir sexuel, il serait intéressant d'avoir des précisions sur cette dimension plutôt que de laisser le tout à l'appréciation subjective du clinicien. Suivant le DSMIII-R, ce dernier doit aussi tenir compte et poser un jugement sur les «facteurs qui affectent le fonctionnement sexuel comme l'âge, le sexe et le contexte de vie de la personne». Encore là, le clinicien manque de critères pour poser un tel jugement.

D'autre part, l'expression des activités sexuelles à une certaine fréquence ne peut à elle seule être considérée comme un critère suffisant de définition. Une

personne peut avoir des activités à une fréquence acceptable dans le but de faire plaisir à son (ou à sa) partenaire mais avoir un intérêt relativement faible pour ce type d'activités. Il faudrait donc distinguer la fréquence des activités sexuelles réellement souhaitée par une personne et la fréquence des activités sexuelles qui ne le serait pas véritablement. D'un autre côté, une personne, compte tenu de certaines circonstances (absence de partenaire ou présence d'un(e) partenaire ayant un intérêt relativement faible pour les activités sexuelles) peut avoir des activités sexuelles à une fréquence relativement basse tout en manifestant un intérêt élevé pour les activités sexuelles et en souhaitant avoir des activités sexuelles à une fréquence plus grande. Ces deux dimensions de désir et de satisfaction reliées à la fréquence sont d'ailleurs bien distinguées dans le Système Multiaxial d'Evaluation des Dysfonctions Sexuelles (Schover, Friedman, Weilers, Heiman et LoPiccolo, 1982).

A cette problématique d'intérêt et de fréquence s'en ajoute une au niveau cognitif. La présence ou l'absence de fantasmes peuvent également être considérées comme un indice d'un problème de désir sexuel. Mais encore là, il y a peu de données sur ce qu'est une fréquence habituelle de fantasmes sexuels et encore moins sur le contenu de ces fantasmes.

Une autre problématique concerne la différence entre les problèmes de désir sexuel et les problèmes d'aversion pour la sexualité. Alors que certains auteurs (Schover, Friedman, Weilers, Heiman et LoPiccolo, 1982) font de ces deux problématiques une seule dimension se situant sur un continuum allant de l'aversion pour la sexualité à un désir sexuel normal en passant par un point milieu sur cet axe qui serait constitué par un manque d'intérêt pour la sexualité, d'autres (e.g. Kaplan, 1987) préfèrent considérer qu'il s'agit de deux problèmes sexuels entièrement différents. Le DSMIII-R, qui va dans la voie de la distinction entre ces deux diagnostics, parle alors d'un «problème persistant ou récurrent d'aversion extrême et d'évitement de tous ou de presque tous les contacts sexuels génitaux avec un partenaire sexuel». Le problème, c'est que le tout est encore une fois laissé à l'appréciation subjective du clinicien et que l'endroit où se termine les problèmes de désir sexuel et où commence les problèmes d'aversion pour la sexualité n'a jamais été défini clairement. Il en résulte une série de cas frontières entre l'aversion pour la sexualité et un problème de désir sexuel qui peuvent difficilement être clairement défini compte tenu de l'absence de critères précis. Devant la difficulté de distinguer ces cas frontières, est-ce qu'il ne serait pas préférable d'adopter le point de vue suivant lequel toutes ces problématiques se situent sur un seul continuum qui met en évidence des aspects fort variés de problématiques au niveau du désir sexuel et donc des traitements qui peuvent inclure des composantes différentes?

Qu'il soit difficile de définir les problèmes de désir sexuel n'est pas étonnant puisque la notion de désir sexuel reste une entité relativement vague comparativement aux autres phases de l'activité sexuelle. Elle peut être définie comme étant l'ensemble des comportements moteurs, des comportements verbaux, des cognitions et fantasmes et des réactions affectives qui précèdent le comportement consommatoire. Cependant, nous avons relativement peu de données

scientifiques sur cette phase comparativement aux autres phases de l'activité sexuelle et il n'est pas étonnant qu'il soit difficile de définir les problèmes qui y sont reliés.

Incidence des problèmes de désir sexuel

Selon certains auteurs, l'incidence de consultations pour des problèmes de désir sexuel aurait augmenté au cours des dernières années. LoPiccolo et Friedman (1988) mentionnent qu'après une réévaluation de tous les cas faits en 1982 au centre de Thérapie Sexuelle de l'université de New York à Stony Brook, on observe que de 1974 à 1976, environ 32% des couples présentaient un problème de désir sexuel. De 1977 à 1978, ce pourcentage avait augmenté à 46%. De 1981 à 1982, l'incidence passait à 55%. Un autre point intéressant soulevé par ces auteurs est l'augmentation de l'incidence des problèmes de désir sexuel chez les hommes. De 1974 à 1976, le diagnostic de problème de désir sexuel fut attribué à des femmes dans environ 70% des cas. Ce pourcentage diminuait de 1977 à 1978 à 60%. En 1982 et 1983, le taux d'hommes présentant un problème de désir sexuel par rapport aux femmes augmentait de façon dramatique à 55%. Plus récemment Spector et Carey (1990) confirment ces résultats. Ces statistiques ont souvent été associées au mouvement d'émancipation de la femme en général et, au niveau sexuel en particulier, faisant en sorte que les femmes acceptent moins qu'auparavant un partenaire n'ayant pas un niveau d'intérêt adéquat pour les activités sexuelles.

Cette augmentation du taux de consultations pour des problèmes de désir sexuel reste quand même sujet à interprétation. Par exemple, est-ce qu'elle ne serait pas attribuable à une plus grande spécification des diagnostics dans le domaine des dysfonctions sexuelles en général et dans le domaine des problèmes de désir sexuel en particulier? Il est très probable que plusieurs des problèmes de désir sexuel étaient autrefois classifiés dans des diagnostics vagues et mal définis comme ceux de «frigidité» ou «d'impuissance». A cela s'ajoute le fait que les hommes sont soumis à plus de pression qu'auparavant pour consulter lorsqu'ils présentent un problème sexuel. Cette augmentation apparente pourrait aussi être reliée à une amélioration du système de diagnostic des problèmes sexuels et au fait que les hommes sont plus enclins à consulter maintenant pour ce type de problèmes. En somme, cette situation ne traduirait pas nécessairement une augmentation réelle des problèmes de désir sexuel, mais elle ferait ressortir davantage l'importance réelle de cette problématique sexuelle.

Évaluation du désir sexuel

Le problème de l'évaluation du désir sexuel reste à toute fin pratique non résolu et il n'existe pas pour l'instant d'instruments qui permettraient de mesurer les nombreuses dimensions du désir sexuel. Certains auteurs ont préconisé que la fréquence des activités sexuelles serait un indice valable de mesure du désir ou de l'intérêt sexuel. Se basant sur cet indice, Kinsey (1948, 1953) en arrive à la

conclusion que l'intérêt sexuel de l'homme atteint son sommet à la fin de l'adolescence pour ensuite décroître très progressivement. Les femmes atteignent ce sommet beaucoup plus tard dans la trentaine. Par contre, cette étude indique l'existence de variations individuelles considérables à l'intérieur d'un même groupe d'âge. Chez les hommes de moins de trente ans, par exemple, le taux d'activités sexuelles peut varier entre une activité et 6,5 par semaine. Le taux d'activités semble rester une constante au cours de la vie. C'est ainsi que même si l'activité sexuelle tend à diminuer avec l'âge, les sujets qui se situent à un niveau élevé dans la distribution des activités sexuelles à un âge relativement bas tendent à conserver cette position en vieillissant. Certaines différences entre les sexes peuvent exister à cet égard. Par exemple, les femmes qui ont un niveau d'activités sexuelles relativement élevé peuvent manifester une baisse dramatique de cette fréquence dans certaines circonstances et revenir à un niveau plus élevé par la suite. Les hommes, par contre, ont tendance à conserver plus de stabilité dans le taux d'activités sexuelles.

LoPiccolo et Friedman (1988) étudient la fréquence désirée et la fréquence réelle des activités sexuelles de couple. L'étude a porté sur 93 couples mariés, ayant une durée moyenne de vie commune de neuf années, dont l'âge moyen était de 34 ans pour les hommes et de 32 ans pour les femmes, un nombre moyen de 2,6 enfants et un revenu familial moyen de $33,000.00. Bien que cet échantillon soit relativement limité, les caractéristiques du groupe de couples étudiés sont très similaires à celles du couple américain moyen. Le point le plus important qui ressort de cette étude est que pour l'ensemble des sujets, la fréquence désirée dépasse la fréquence réelle. Ces résultats suggèrent que la fréquence réelle ne peut être le seul critère d'évaluation des problèmes d'intérêt pour la sexualité. Entre la manifestation d'un intérêt pour avoir des activités sexuelles et son expression concrète, il peut se produire un ensemble de considérations, incluant l'intérêt du ou de la partenaire du sujet, incluant une série d'activités et d'états psychologiques incompatibles avec le comportement sexuel, incluant des problèmes de couple qui vont limiter l'expression concrète de cet intérêt. L'élaboration d'un instrument d'évaluation du désir sexuel devrait tenir compte non seulement de la fréquence réelle des activités sexuelles mais également de la fréquence désirée.

Cette interaction entre la fréquence réelle et la fréquence désirée pourrait donc être utilisée pour évaluer les problèmes de désir sexuel. Cependant, encore là nous manquons de critères pour procéder. Est-ce que, par exemple, il faudrait considérer une différence importante entre ces deux fréquences comme un signe de problématique? Si oui, dans quel sens cette différence pourrait exister. On peut supposer plusieurs scénarios possible à ce sujet. Par exemple, une personne pourrait avoir une très basse fréquence d'activités sexuelles, mais si elle est motivée à augmenter son désir, elle pourrait souhaiter une fréquence beaucoup plus élevée. D'un autre côté, une personne présentant un tel problème et peu motivée à un changement pourrait dans les faits avoir une fréquence relativement acceptable d'activités sexuelles pour satisfaire les demandes de son (sa) partenaire, mais souhaiter avoir une fréquence beaucoup plus basse.

Dans les faits, tout critère basé sur la fréquence ne pourrait être utilisé que si l'on tient compte des facteurs qui empêchent ou rendent plus probable la manifestation des comportements sexuels. Par exemple, un individu très occupé pourrait avoir une fréquence désirée de deux à trois activités par semaine, mais ne pas pouvoir concrétiser cette fréquence à cause de ses nombreuses occupations. On pourrait aussi étudier l'interaction de la fréquence désirée et de la fréquence réelle à l'intérieur d'un couple. Un couple pourrait souhaiter, par exemple, avoir des activités sexuelles environ une fois par mois et, dans les faits, s'en tenir à cette fréquence. Comparativement au groupe d'âge de ce couple, cette fréquence pourrait apparaître très basse, mais vu de l'intérieur du couple, cette fréquence souhaitée et réelle pourrait au contraire être un signe d'ajustement. De même, un couple pourrait présenter une configuration similaire à celle qui vient d'être mentionnée, mais souffrir de ce manque d'intérêt pour les activités sexuelles et la problématique serait alors toute différente. En outre, des écarts importants entre la fréquence désirée à l'intérieur des deux membres d'un couple pourraient être considérés comme une difficulté importante d'ajustement au niveau sexuel.

Ces nombreuses considérations montrent bien qu'il est difficile d'avoir recours à des critères trop stricts lorsque vient le temps d'utiliser la fréquence réelle et la fréquence désirée comme moyen d'évaluation des problèmes de désir sexuel. Néanmoins, l'élaboration de normes à ce sujet pourrait être utile, mais uniquement à titre indicatif.

Un autre aspect important qui amène un individu à avoir des activités sexuelles, ce sont les fantasmes qu'il entretient concernant des activités sexuelles. Pour Leiblum et Rosen (1988), la facilité et la rapidité d'accès à des fantasmes sexuels constitue le «carburant» du désir sexuel. Pasini et Crépault (1987) définissent le fantasme comme étant une représentation mentale consciente qui se traduit habituellement sous une forme plus ou moins imagée, ayant une valuer hédonique et susceptible d'entrainer une activité sexuelle. Encore là, le fantasme est reconnu comme ayant un élément moteur dans le déclenchement d'une activité sexuelle. D'autre part, et quoiqu'il existe des variations intersexuelles, les fantasmes seraient plus fréquents dans les premières phases de l'activité sexuelle et leur occurence aurait tendance à diminuer en fonction de l'augmentation de l'excitation (Davidson et Hoffman, 1986; Kelly, 1974; Murray, 1978; Pasini et Crépault, 1987). Une fois encore, on reconnait aux fantasmes une importance considérable dans l'initiation de l'activité sexuelle. Néanmoins, les conclusions des recherches ne sont pas unilatérales et la fonction du fantasme demeure complexe. Davidson et Hoffman (1986) ne montrent pas chez des femmes de relation claire entre l'occurence de fantasmes et la satisfaction sexuelle. Cependant, les fantasmes aideraient les femmes à entrer en excitation sexuelle. Kelly (1974) trouve une relation significative entre l'ajustement marital et l'apparition de fantasmes durant les relations sexuelles chez 38 couples. Il trouve une relation entre l'ajustement marital et l'utilisation de fantasmes pour augmenter l'excitation. Murray (1978) ne montre pas de relation entre l'occurence de fantasmes et la satisfaction sexuelle chez des individus mariés ou non. Cette étude portait unique-

ment sur des sujets satisfaits sexuellement. En somme, le rôle des fantasmes demeure difficile à cerner, mais certaines études (Davidson et Hoffman, 1986; Kelly, 1974) tendent à établir la relation entre le fantasme et le développement de l'excitation sexuelle, semblant montrer le rôle moteur du fantasme dans l'activité sexuelle. D'ailleurs, Nutter et Condron (1983) comparent des femmes présentant ou non un problème de désir sexuel. Ces résultats indiquent que les femmes ayant un problème de désir sexuel fantasment rarement alors que les femmes ne présentant pas ce problème ont des fantasmes et les utilisent durant leurs activités sexuelles.

L'évaluation des fantasmes ne constitue pas l'unique aspect de l'évaluation de l'aspect cognitif relié aux problèmes de désir sexuel. Dans une perspective behaviorale-cognitive, il faut aussi évaluer ce que le sujet se dit en lui-même concernant les activités sexuelles. A ce sujet, il faudra évaluer les croyances irrationnelles, les attentes irréalistes, les manifestations d'idées résultant d'une éducation religieuse ou morale sévère, les attributions non-fondées et toutes les croyances pouvant conduire à une dévalorisation de la sexualité. Ces comportements verbaux internes peuvent réduire de façon significative l'intérêt du sujet pour la sexualité et affecter l'une ou l'autre des phases de l'activité sexuelle.

Une autre série de variables importantes à évaluer concerne les dimensions environnementale et interpersonnelle. Le niveau de désir sexuel peut être influencé par un ensemble de préoccupations résultant de l'environnement. La première variable qu'il conviendra d'évaluer concerne les problématiques pouvant se produire au niveau du couple. Ce type de variables peut réduire de façon significative l'intérêt pour avoir des activités sexuelles avec un(e) partenaire. Il existe une série de variables reliées au fonctionnement du couple qui peuvent affecter l'intérêt pour les activités sexuelles. Mentionnons les désaccords et les disputes, le manque d'attraction, l'habituation au partenaire et la durée de la relation, les divergences d'intérêt du couple en général et au niveau sexuel en particulier, de même que le manque de complicité qui en résulte. Toutes ces variables peuvent affecter à divers degrés l'intérêt pour les activités sexuelles. Il existe une bonne diversité d'instruments permettant de mesurer les problèmes de couple (e.g. Locke et Wallace, 1959, Spanier, 1976).

Une série de variables individuelles peuvent également contribuer à augmenter ou réduire le désir sexuel. Au nombre de ces variables, il faut compter les autres dysfonctions sexuelles, l'anxiété et la dépression. Les dysfonctions sexuelles masculines et féminines se manifestant de façon persistante peuvent réduire l'intérêt pour les activités sexuelles (Trudel, Matte, Fortin et Boulos, 1990). Le mécanisme d'action est probablement relié à une augmentation de l'anxiété concernant les activités sexuelles avec partenaire et donc à l'élaboration de conditions peu favorables à l'émergence d'un intérêt pour les activités sexuelles. Cette situation met bien en évidence l'interdépendance des diverses phases de l'activité sexuelle. Dans l'élaboration de son évaluation, le clinicien devra donc se demander si le problème de désir sexuel est secondaire par rapport à une autre dysfonction sexuelle. Il existe plusieurs instruments disponibles pour évaluer les problè-

mes sexuels (e.g. LoPiccolo et Steger, 1974; Hoon, Hoon et Wincze, 1976.) dont certains sont décrits par Trudel (1988).

L'émergence du désir sexuel, de l'amour et de l'intérêt sexuel pour un(e) partenaire nécessite aussi certaines contingences sécurisantes. L'anxiété peut psychologiquement tout autant que physiologiquement inhiber l'une ou l'ensemble des phases de l'activité sexuelle. Elle peut également par association devenir liée à un ensemble d'événements et de stimuli faisant partie de l'activité sexuelle. Une analyse fonctionnelle de l'hypoactivité du désir sexuel indique que l'anxiété et l'inhibition qui en résultent sont souvent associés à la phase de désir (Cottraux, 1985, Trudel, 1988).

De même, divers états de dépression peuvent être incompatibles avec le développement du désir sexuel. Il existe toute une littérature sur l'influence que peut avoir divers niveaux de dépression sur le désir sexuel. Dans l'ensemble, on reconnait que la dépression est un état incompatible avec le développement habituel des diverses phases de l'activité sexuelle et peut réduire autant l'intérêt pour la sexualité que l'intensité de la réponse sexuelle comme telle.

En somme, il existe plusieurs facteurs qui peuvent influencer le développement d'un désir sexuel adéquat. Nous manquons de connaissances sur ces diverses problématiques et leur rôle véritable dans le développement d'un problème de désir sexuel hypoactif. Une meilleure connaissance des variables impliquées dans le développement d'un problème de désir sexuel hypoactif permettrait le développement de protocole plus précis d'évaluation de cette problématique sexuelle.

A ce sujet, des recherches récentes (Trudel, Matte, Fortin et Boulos, 1990; Trudel et Aubin, en préparation; Trudel et Larose, en préparation; Trudel et Ravart, en préparation) confirment de façon empirique le fait que les problèmes de désir sexuel sont associés à plusieurs variables individuelles et environnementales. Divers instruments mesurant ces variables (eg. mesure du fonctionnement de couple, mesure du comportement sexuel et de la satisfaction sexuelle, mesure de dépression, etc) pourraient donc être utilisés pour obtenir des informations précises chez un couple particulier sur les facteurs qui semblent être associés à leur problème de désir sexuel.

Traitement

Les données sur le traitement des problèmes de désir sexuel sont beaucoup plus restreintes que celles sur le traitement des dysfonctions sexuelles. Ceci est probablement attribuable au fait que ce problème a suscité un intérêt plus récent comparativement aux autres problèmes sexuels dans la littérature. En outre, la complexité du problème et son caractère multidimensionnel rend beaucoup plus complexe la réalisation de recherches sur l'influence de certaines méthodes d'intervention.

Selon plusieurs auteurs (Kaplan, 1984; LoPiccolo et Friedman, 1988; McKarthy, 1984; Schover et LoPiccolo, 1982), les personnes présentant des problèmes de désir sexuel sont généralement difficiles à traiter et résistent aux changements.

Cette difficulté serait encore plus manifeste chez les sujets qui présentent à divers degrés des problèmes d'aversion pour la sexualité. Dans l'ensemble, les auteurs qui ont proposé des traitements s'entendent pour dire que l'intervention doit être multimodale.

LoPiccolo (1980) propose des traitements pour le désir sexuel hypoactif qui peuvent varier en fonction de la nature du problème de désir sexuel. Ces traitements sont les suivants.

a) Thérapie hormonale. Si l'évaluation permet de déceler une cause physique et notamment une déficience hormonale, un traitement hormonal peut être envisagé.
b) Traitement des dysfonctions sexuelles. Souvent, une autre dysfonction sexuelle peut être associée à un problème de désir sexuel. Lorsque la dysfonction sexuelle a précédé le problème de désir, il est possible que le problème de désir soit attribuable à l'existence de cette dysfonction. Il serait alors recommandé d'envisager le traitement de cette dysfonction afin de voir l'impact de l'amélioration du fonctionnement sexuel sur le désir.
c) Traitement de la dépression. Si le sujet présente un problème dépressif, il se peut que cette condition affecte son désir sexuel. Un traitement behavioral, behavioral-cognitif ou pharmacologique de la dépression pourra s'avérer utile.
d) Augmentation de la perception des sensations corporelles. Il est possible que le désir sexuel s'intensifie si on augmente les sensations. L'utilisation des exercices de sensate focus non-génital et génital peut contribuer à améliorer la qualité des activités sexuelles non génitales et génitales et augmenter ainsi le désir sexuel.
e) Amélioration de la relation de couple. Lorsqu'un problème de désir sexuel traduit une détérioration de la relation de couple, il serait souhaitable de procéder à un traitement de couple.
f) Augmentation de la diversifications des expériences sexuelles et sensuelles. Certaines méthodes d'éducation et d'information sexuelle, l'entrainement à la communication sexuelle, l'utilisation de fantasmes sexuels, l'élimination de l'anxiété de performance et la création d'un environnement plus propice à des expériences sexuelles peuvent agir positivement sur le degré de désir sexuel.

McCarthy (1984) propose une approche behaviorale-cognitive pour le traitement des problèmes de désir sexuel. Il pose les hypothèses suivantes par rapport au traitement de ce type de problèmes. (a) Le pronostic dans le traitement de la dysfonction du désir sexuel serait moins bon si le problème est compliqué par une autre dysfonction influant sur les phases d'excitation et d'orgasme. (b) Les femmes auraient un meilleur pronostic que les hommes. (c) L'objectif principal du traitement serait de rompre le cycle d'anticipation négative, l'expérience aversive de la sexualité et l'évitement qui en résulte. (d) Un autre objectif serait d'accorder priorité à l'amélioration de la qualité et de la satisfaction de la relation sexuelle plutôt que de mettre l'accent sur un objectif de performance comme l'amélioration de la fréquence des interactions sexuelles. (f) Les désordres du désir sexuel seraient complexifiés par la frustration et la dépression qui entourent

les activités sexuelles. Les gens qui ont ce type de problème attendraient plusieurs années avant de consulter.

McCarthy (1984) propose donc deux sortes de programmes de traitement pour les personnes présentant un problème de désir sexuel. L'entrevue initiale avec le couple est suivie d'une histoire sexuelle et d'une rencontre d'échange de deux heures. Il importe avant tout de déterminer dans quelle mesure le problème du désir sexuel a modifié certaines variables de la relation de couple et particulièrement le respect, la confiance et l'intimité. Selon McCarthy, lorsque ces variables sont touchées par le problème de désir sexuel, les chances de réussite sont sensiblement diminuées.

Il faut aussi déceler les variables inhibitrices du désir sexuel, en l'occurence l'anxiété, l'agressivité, la culpabilité ou une réaction à un trauma sexuel. Lorsque ces inhibitions sont établies, le couple doit tenter de les intégrer sans blâmer ni juger. Quant à la personne qui présente ces inhibitions, elle doit apprendre à vivre avc elles et à les intégrer d'une façon constructive, c'est-à-dire d'une manière qui rend possible le changement, plutôt que d'une manière culpabilisante qui conduit généralement à un processus stérile qui entretient le problème.

Le couple doit aussi exécuter des exercices axés sur l'accroissement de la qualité des activités sexuelles. Le premier exercice vise à accroître le confort dans les activités sexuelles. Plutôt que de recourir aux exercices de sensate focus, McCarthy (1984) propose d'étendre le confort dans les activités sexuelles. On peut leur demander par exemple d'étendre les comportements d'affection à l'extérieur de la chambre à coucher, de découvrir les préférences sexuelles de l'autre partenaire par des exercices de toucher et de fonctionner à leur rythme. On peut aussi mettre le couple dans une situation susceptible de provoquer l'apparition des inhibitions et s'engager dans un processus de résolution de problème.

Un autre exercice concerne l'exploration et l'augmentation de l'attrait au sein du couple. Plutôt que de voir l'attrait comme quelque chose de magique, chaque membre du couple est invité à dire ce qu'il trouve attrayant et à faire quelques suggestions réalistes qui serait susceptible d'améliorer la situation.

D'autres aspects sont également travaillés comme l'impact du problème de désir sexuel sur le degré de confiance à l'intérieur de la relation. On travaille également des exercices ayant pour but d'augmenter la confiance en soi chez un sujet rapportant des problèmes d'anxiété au cours des activités sexuelles.

Les sujets peuvent aussi suggérer des scénarios d'activités sexuelles qu'ils aimeraient réaliser. Les sujets sont incités à faire appel à leurs fantasmes et à concrétiser une activité sexuelle qu'ils désirent faire depuis longtemps.

Enfin, les sujets sont invités à ne plus avoir une conception utopique des activités sexuelles. Ainsi, il serait plus réaliste de croire que seulement une certaine proportion des activités sexuelles fera en sorte que les deux partenaires se sentiront totalement impliqués et excités.

McCarthy (1984) propose aussi un programme pour homme sans partenaire. Il rapporte également des résultats montrant une amélioration chez une majorité de sujets ayant participé à sa recherche. Cependant le nombre de sujets ayant participé à son étude est relativement limité.

Schover et LoPiccolo (1982) rapportent les résultats d'un programme d'intervention qui inclut notamment des méthodes behaviorales. Plusieurs mesures furent prises. Mentionnons ici les résultats à l'indice de satisfaction sexuelle et à la fréquence des activités sexuelles. A l'indice de satisfaction sexuelle générale, tous les sous-groupes ont présenté une amélioration significative. A la relance de trois mois, on observe toutefois une nette diminution attribuable surtout aux femmes présentant un problème d'aversion pour la sexualité. Cependant, à la relance d'un an, ce sous-groupe tend à s'améliorer autant que les autres sujets.

En ce qui concerne la fréquence des activités sexuelles, les sujets montrent une amélioration significative. Cependant, on observe une baisse à la relance. Toutefois, la fréquence reste supérieure à ce que l'on observait avant le traitement. A une relance plus tardive d'un an, on semble observer une augmentation de la fréquence.

Plus récemment, LoPiccolo et Friedman (1988) rapportent un traitement qui met l'accent sur quatre composantes. Premièrement, le traitement vise à augmenter la sensualité. Deuxièmement, le traitement met l'accent sur «l'insight» pour voir notamment quels sont les facteurs qui maintiennent le manque de désir sexuel. Troisièmement, le traitement vise à restructurer les cognitions ou les pensées irrationnelles qui inhibent le désir. Enfin, l'intervention vise le niveau comportemental notamment par l'intermédiaire des méthodes de thérapie sexuelle et par la désensibilisation. Des cas sont rapportés montrant l'utilité de ce programme multimodal.

En résumé, il existe certains programmes d'intervention de nature behaviorale-cognitive pouvant être utilisés dans le traitement des problèmes de désir sexuel. Ces programmes ont en commun leur caractère multimodal. Ceci indique le consensus des auteurs sur le caractère complexe des problèmes de désir sexuel. Cependant, malgré le caractère positif des résultats obtenus dans les études de cas rapportés, nous manquons de données scientifiques et, particulièrement, d'études expérimentales qui pourraient nous aider à vérifier véritablement l'efficacité des méthodes proposées.

Conclusions

Les problèmes de désir sexuel constituent probablement le plus grand défi des chercheurs et des cliniciens dans le domaine des facteurs qui peuvent affecter la vie sexuelle des couples et des individus. Ce problème est complexe à la fois au niveau de sa problématique, de son évaluation et du traitement.

D'autre part, la notion même de «désir» reste vague et a souvent été associée dans les écrits à des concepts également peu précis comme la «libido», la «drive sexuel», «l'énergie sexuelle», «l'instinct de vie» et d'autres notions qui se portent peu à des définitions précises et opérationnelles. D'ailleurs, un aspect du problème serait de savoir si c'est vraiment à la science de définir des phénomènes aussi subjectifs que le désir sexuel ou d'autres phénomènes qui lui sont souvent associés comme l'amour ou la passion ou s'il ne vaudrait pas mieux laisser cette

question aux philosophes, aux poètes, aux écrivains, aux dramaturges, aux peintres, aux cinéastes, aux sculpteurs et à tous les gens du domaine artistique et littéraire qui mieux que quiconque ont réussi à décrire les multiples facettes des passions amoureuses et à mettre en évidence le merveilleux qui s'y rattache. De plus, dans une certaine conception populaire du désir sexuel, il y aura toujours dans ce type de phénomène une large part d'indéfinissable et cela ferait partie de la nature même de ce type de phénomène psychologique. Dans les faits, dans l'esprit de plusieurs, c'est probablement cet aspect «d'indéfinissable» qui va continuer à être une des sources principales d'activation de leur désir.

En conséquence, ce que la science a à offrir de mieux sur un sujet de cette nature, ce n'est peut-être pas de tenter de définir globalement le désir sexuel, mais d'en étudier certains aspects à la lumière de concepts ou de théories et à l'aide d'instruments qui lui sont propres. Par exemple, certaines notions plus précises ayant un rationnel se situant dans une tradition plus scientifique comme la notion d'évitement pourrait peut-être permettre d'aborder ce thème dans un perspective plus scientifique (Trudel, 1988). Cependant, tant que nous aborderons ce problème à l'aide de concepts plus vagues, il sera difficile de développer un cadre conceptuel permettant d'étudier avec plus de rigueur le désir sexuel et les problèmes qui l'affectent.

Une approche plus scientifique à l'étude des problèmes de désir sexuel pourrait donc consister dans le fait de partir du point de vue qu'il ne sera probablement jamais possible de donner du désir sexuel une définition qui puisse satisfaire tout le monde sur le plan scientifique. Cependant, ce qui pourrait constituer un objectif plus réaliste consisterait à étudier les facteurs qui sont associés au degré de désir sexuel. En quoi, par exemple, des couples qui ont un problème de désir sexuel sont différents de ceux qui n'en ont pas, sur diverses variables? Cette approche aurait comme avantage d'étudier ce qui est étudiable scientifiquement plutôt que d'aborder cette problématique sous l'angle de concepts qui pourront difficilement être soumis à de véritables recherches scientifiques. En outre, cette approche aurait comme intérêt, premièrement, de préciser les caractéristiques des couples présentant des problèmes de désir sexuel, deuxièmement, de proposer un modèle d'évaluation de cette problématique, troisièmement, d'en déduire des méthodes d'évaluation et, quatrièmement, de proposer des méthodes d'intervention qui auraient comme caractéristiques communes de reposer sur des assises scientifiques sérieuses.

Références

American Psychiatric Association (1987) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.* (3rd ed., rev.) Washington DC: Author.

Cottraux, J. (1985) Désir et dysfonctions sexuelles, *Contraception-fertilité-sexualité, 13,* 1089-1094.

Davidson, K.J., Hoffman, L.E. (1986) Sexual fantasies and sexual satisfaction: an empirical analysis of erotic thought, *Journal of Sex Research,* 22, 185-204.

Hoon, E., Hoon, E., Wincze, J. (1976) The SAI: an inventory for the measurement of female sexual arousal. *Archives of Sexual Behavior*, 10, 234-240.

Kaplan, H.S. (1979) *Disorders of Sexual Desire and Other new Concepts and Techniques in Sex Therapy*. New York: Brunner-Mazel.

Kaplan, H.S. (1987) *Sexual Aversion, Sexual Phobias, and Panic Disorder*. New York: Brunner-Mazel.

Kelly, L.A.S. (1978) Imagining ability, marital adjustment, and erotic fantasy during sexual relations in married men and women. *Dissertation Abstracts International*, 39, 1457B-1458B.

Kinsey, A.C., Pomeroy, W.B., Martin, C.E. (1948) *Sexual Behavior in the Human Male*. Philadelphia: Saunders.

Kinsey, A.C., Pomeroy, H.B., Martin, C.E. (1953) *Sexual Behavior in the Human Female*. Philadelphia: Saunders.

Leiblum, S.R., Rosen, R.C. (1988) Introduction: Changing perspectives on sexual desire. In S.R. Leiblum, R.C. Rosen (Eds.), *Sexual Desire Disorders* (pp. 1-20) New York: Guilford.

Locke, H.J., Wallace, K.M. (1959) Short-term marital adjustment and prediction test: their reliability and validity. *Journal of Marriage and Family Living, 21*, 251-255.

LoPiccolo, L. (1980) Low sexual desire. In S.R.Leiblum, L.A. Pervin. *Principles and Practice of Sex Therapy*. (pp. 29-62). New York: Guilford.

LoPiccolo, J., Steger, J.C. (1974) The sexual interaction inventory: a new instrument for assessment of sexual dysfunction. *Archives of Sexual Behavior, 3*, 585-595.

LoPiccolo, J., Friedman, J.M. (1988) Broad spectrum treatment of low sexual desire: integration of cognitive, behavioral and systemic therapy. In S.R. Leiblum, and R.C. Rosen (Eds.) *Sexual Desire Disorders*, (pp. 107-144) New York: Guilford.

McCarthy, B. (1984) Strategies and techniques for the treatment of inhibited sexual desire. *Journal of Sex and Marital Therapy, 10*, 97-104.

Murray, E.L. (1978) The relationship between sexual fantasy and reported sexual behavior and satisfaction. *Dissertation Abstracts International, 39*, 2512 B.

Nutter, D.E., Condron, M. K. (1983) Sexual fantasy and activity patterns of females with inhibited sexual desire versus normal controls. *Journal of Sex and Marital Therapy, 9*, 276-282.

Pasini, W., Crépeault, C. (1987) *L'imaginaire en sexologie clinique*. Paris: Presses Universitaires de France.

Schover, L., Friedman, J.M., Weilers, S.J.,Heiman,J., LoPiccolo, J. (1980) A multiaxial description system for sexual dysfunctions. *Archives of General Psychiatry, 39*, 614-619.

Schover. L., LoPiccolo, J. (1982) Treatment effectiveness for dysfunctions of sexual desire. *Journal of Sex and Marital Therapy, 8*, 179-197.

Spanier, G.B. (1976) Measuring dyadic adjustment: New scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. *Journal of Marriage and Family Therapy, 38*, 15-28.

Spector, I.P., Carey, M.P. (1990) Incidence and prevalence of the sexual dysfunctions: a critical review of the empirical status. *Archives of Sexual Behavior, 19*, 389-408.

Trudel, G. (1988) *Dysfonctions sexuelles: évaluation et traitement*. Québec: Presses de l'Université du Québec.

Trudel, G., Aubin, S. (en préparation) *Comparaison de couples avec ou sans problème de désir sexuel à l'Inventaire des comportements sexuels.*

Trudel, G., Larose, Y. (en préparation) *Comparaison de couples avec ou sans problème de désir sexuel au Questionnaire de dépression de Beck.*

Trudel, G., Matte, B., Fortin, C., Boulos, L. (1990) *Comparaison de couples avec ou sans problème de désir sexuel.* Presentation at the XXth European Congress on Behaviour Therapy.

Trudel, G., Ravart, M. (en préparation) *Comparaison de couples avec ou sans problème de désir sexuel au Système multiaxial d'évaluation des dysfonctions sexuelles.*

Summary

Over the last years, a greater number of papers were published concerning the Hypoactive Sexual Desire. However, this concept is vague and general. Concerning the assessment, many aspects of this problem may be studied, but the complex nature of this sexual problem and the lack of scienfific data make difficult the proposition of a specific procedure of assessment. Finally, some programs of treatment are described in the litterature. However, we have few experimental studies on these treatments. The author suggests to study the characteristics of subjects suffering from this problem. A better knowledge of these characteristics would help us to develop better methods of assessment and treatment.