

**DES MOTS.... AUX MAUX DE L'ORGASME.
PLAISIR, ORGASME. LES DYSORGASMIES. L'ENTRETIEN
CLINIQUE. ÉVALUATION SEXO-CLINIQUE.**

Étymologiquement, le mot **orgasme** vient du grec *orgaô*

« *Bouillonner de sève et d'ardeur, être plein d'humidité* »

Au XVII ème siècle, il désigne un accès de colère. Au XVIII ème siècle il est parfois synonyme d'érection avant de prendre son sens moderne, selon le Petit Robert « le plus haut point du plaisir sexuel qui est son aboutissant »

Le langage sexologique est plus précis : « expérience psychophysiologique de courte durée consistant en un brusque relâchement des tensions érotiques » selon Cl Crepault.

Dans le langage sexologique le mot orgasme renvoie le plus souvent à l'orgasme féminin, tant celui de l'homme ne paraît, à priori, pas poser de problème. Son absence fait symptôme chez la femme, chez l'homme ce serait sa survenue prématurée, l'anéjaculation étant beaucoup plus rare.

Que faire en présence d'un ou d'une patiente venus consulter pour une dysorgasmie ? C'est ce terme que nous emploierons dans la suite de cet exposé. Il regroupe les différentes problématiques rencontrées (éjaculation précoce, anéjaculation chez l'homme, anorgasmie coïtale chez la femme).

Méthodologie pour une évaluation clinique et sexo-clinique d'une dysorgasmie.

Je vais vous proposer une méthode de travail qui devrait vous permettre de mieux connaître toutes les facettes de la sexualité de votre patient, et de mieux appréhender son mode de fonctionnement. Cette méthode peut s'appliquer à toutes les problématiques rencontrées (y compris la dysfonction érectile ou les dyspareunies et le vaginisme chez la femme)

Tout d'abord l'**ÉVALUATION CLINIQUE**.

Vous aurez à obtenir des réponses à quatre types de questionnement relatif au patient, je devrais dire plutôt le consultant qu'il soit homme ou femme.

- **Qui est-il ?** Problème de son identité, statut social, marital, professionnel.
- **D'ou vient-il ?** ou plutôt comment est-il venu à votre consultation ?

C'est le problème de la *prise du rendez-vous* :

- Qui a pris le RV ?
- Est-elle spontanée ou suggérée (partenaire, médecin...)

- Y a-t-il eu consultation antérieure pour ce problème ?
Le patient est-il actuellement en suivi, psychothérapique par exemple.
- Est-ce bien vous sexologue qu'il vient voir (et non le médecin généraliste, psychologue. Médecin spécialiste que vous êtes ?).

- **Pourquoi vient-il ?** Le problème de la *demande*.
Avec la triade : symptôme, plainte, souffrance. (Différence entre trouble et dysfonction)

Son symptôme : cette dysorgasmie est-elle ancienne, récente, primaire, secondaire, sélective ou pas ?

Si le trouble allégué est ancien, pourquoi vient-il maintenant ? Pourquoi ce qui a été supportable (parfois pendant très longtemps) ne l'est-il plus ?

S'en plaint-il ? lui ou bien s'agit-il de la plainte de l'autre (la demande de l'autre)

En souffre-t-il ? y a-t-il retentissement social, professionnel, un état dépressif, une tentative de suicide ?

Il est intéressant de noter, ou de se souvenir des premiers mots de votre patient : « je ne vais pas bien, je ne suis pas bien, je suis mort » ! Sans oublier que le sens de ses mots n'est pas forcément le même pour vous. Il peut très bien vous dire : « je n'ai plus de jouissance, ou je jouis trop vite » pour parler d'une dysfonction érectile ou d'une éjaculation rapide.

- **Qu'attend-il ?** Quelles sont ses *attentes*.

- Veut-il que vous sortiez votre boîte à outils pour réparer ce qui ne va pas ?
- Veut-il mettre du sens et comprendre le pourquoi de sa dysorgasmie ?
- Vient-il dans un contexte de conjugopathie, tout en sachant qu'un trouble relationnel primitif peut induire une dysorgasmie, tout comme une dysorgasmie primitive peut conduire à des difficultés relationnelles.
- S'agit-il d'une demande d'enfant ? (chez patient anéjaculateurs coïtaux).

Après cette première étape de l'évaluation clinique, passons à l'**ÉVALUATION SEXO-CLINIQUE** proprement dite.

Nous sommes au cœur du problème, ce qui doit et va vous différencier, vous sexologue du médecin généraliste ou de l'urologue. Cette capacité à faire une évaluation qui doit vous permettre de mieux connaître les facettes de la sexualité de votre patient et d'approcher au mieux son mode de fonctionnement.

Pour cette évaluation je me suis inspiré des travaux de Jean-Yves Desjardins, sexologue canadien qui vient de nous quitter, il était psychologue de formation. Il a développé une approche sexo-corporelle, véritable approche intégrative de la sexualité avec la dualité corps esprit, la notion de corps miroir, le corps comme miroir de nos émotions. Toute modification physique retentira sur le psychisme, tout changement émotionnel induira des modifications au niveau du corps.

Cette évaluation est importante pour quatre raisons :

C'est une étape intrinsèquement thérapeutique, qui va vous permettre de mieux connaître votre patient, qui va permettre au patient de mieux se connaître (réfléchir à des points ou à des questions qu'il ne s'était peut-être jamais posés antérieurement). Enfin elle va déboucher sur la mise en place d'un véritable *set-up thérapeutique*.

I) LA VIE SEXUELLE ACTUELLE.

1) Fonctionnement sexuel

- **Les composantes personnelles** : avec les éléments cognitifs, physiologiques et sexo-dynamiques.

- **les cognitions** : les croyances , les connaissances, les ignorances , les idées préconçues.

Votre patient, que connaît-il de la physiologie, de la façon dont-il fonctionne ?

Que sait-il de l'orgasme ? Vient-il pour se réassurer et avoir confirmation d'une pseudo normalité entraperçue dans des magazines plus ou moins spécialisés

Des éléments culturels, culturels ou éducatifs peuvent intervenir : je ne parodierais pas Jean Ferrat chantant « une femme honnête n'a pas de plaisir ! »

Que penser des patients souhaitant à tout prix une simultanéité des orgasmes, s'imaginant responsables du plaisir de l'autre ou qui vous disent ne pas avoir d'orgasme et vous le décrivent très complaisamment.

- **la physiologie** : ce que Jean Yves appelle la fonction excitatoire.

L'excitation chez l'homme c'est l'érection, chez la femme c'est la transsudation vaginale. Ce sont des phénomènes réflexes, dépendants du système neuro-végétatif donc indépendants de la volonté. Un réflexe est présent ou ne l'est pas. Il est lié à la levée du frein sympathique.

Il est important de faire préciser ce qui est en place : l'érection et ses qualités, son mode d'installation, son maintien notamment au moment de la pénétration et pendant toute la phase de la montée excitatoire.

L'éjaculation qui est également un réflexe échappant au contrôle de la volonté. Y a-t-il une éjaculation ? Survient-elle systématiquement en situation coïtale et en situation d'activité auto érotique ? Survient-elle rapidement ou non, sur verge flaccide ou en érection ?

La montée de l'excitation, comment s'effectue-t-elle ? Régulière pour arriver au seuil de décharge (ou point de non retour) ou bien très rapide avec une brutale chute amenant une grande précocité éjaculatoire.

Il en va de même chez la femme, y a-t-il une bonne excitation, une bonne vasocongestion vulvo-clitoridienne, une montée régulière ou une brutale chute ne permettant pas d'arriver au seuil de décharge.

Il est donc important de savoir si les « fondamentaux » sont en place.

On pourra faire une *évaluation corporelle* par rapport à ce qu'on appelle les « lois du corps » à savoir :

- les tensions musculaires et la tonicité (hypertonie ou hypotonie)
- le rythme (mouvements du bassin très rapides ou plutôt lents) ?
- l'espace pris par votre patient, extérieur (prend-il sa place ou est-il confiné ?) et intérieur (notamment le type de respiration : thoracique haute et bloquée ou plutôt calme de type abdominal ?).

En fonction de l'intrication de ces lois du corps, Jean-Yves a décrit quatre modes excitatoires :

- Archaïque et mécanique avec tensions très fortes, un rythme très rapide, une respiration courte et bloquée. On peut aisément comprendre les difficultés au lâcher prise d'un patient fonctionnant sur ces modes.
- Ondulatoire et en vague avec capacité à la modulation et à une certaine fluidité corporelle permettant un accès plus aisé au plaisir.
- Vous voyez donc que cette distinction n'est pas uniquement intellectuelle et peut trouver des applications thérapeutiques concrètes. (travail sur la respiration, la bascule du bassin).

Il faudra de même faire une *évaluation psychique* et notamment essayer de repérer l'existence d'anxiété. Votre patient, qu'a-t-il dans la tête ? des idées négatives d'échec à venir (angoisse de performance, décharge d'adrénaline, perte de l'excitation) ? Il est important de repérer ses peurs éventuelles et le moment où elles se manifestent (montée de l'excitation, proximité du point de non retour).

- Peurs individuelles : peur de l'intensité de l'orgasme, de l'intensité de son imaginaire, peur du regard de l'autre (suis-je convenable ?)
- Peurs identitaires : peur de la destruction interne, de se disloquer, se morceler, s'éclater. Ne qualifie-t-on pas l'orgasme de « petite mort ».
- Peurs relationnelles, d'être vu conforme au désir de l'autre, peur d'être utilisé par l'autre dans la perte du contrôle (qu'est-ce qu'il va faire de moi après ?). La peur de ne pas arriver à cet orgasme simultané souhaité par certains.

Ces évaluations physique et psychique seront faites en situation d'une relation coïtale, mais aussi en situation d'activité auto-érotique et lors de l'utilisation de l'imaginaire érotique et des fantasmes. Il peut y avoir, chez la femme, une réponse physiologique orgasmique, obtenue par masturbation alors qu'elle peut se révéler impossible dans une relation coïtale. Des hommes peuvent avoir un excellent contrôle éjaculatoire pendant la masturbation et avoir une réponse très rapide avec leur partenaire, voir une absence totale d'éjaculation

- **La sexo-dynamique.**

Elle va s'articuler autour de quatre concepts :

- *Le désir sexuel* comme anticipation positive à retrouver une situation qui a été vécue comme très agréable. Est-il présent, intense, de type affectif sentimental ou génital, érotique de pénétration coïtale ?
Ce désir sexuel a-t-il été repéré et codifié comme tel par le patient (rapport au senti interne). L'absence totale de désir peut amener à rechercher une éventuelle pathologie organique (type adénome hypophysaire par exemple).
- *Les sources excitatoires*, tout ce qui gravite autour de l'imaginaire érotique et des fantasmes. Cet imaginaire est-il présent, riche et varié. Est-il utilisé, est-il efficace, a-t-il perdu son pouvoir excitant ?
- *Le plaisir sexuel* : est-il présent, absent ?
Rappelons que l'orgasme est ce grand « chambardement » psychophysiologique, ce vécu émotionnel de la réponse physiologique à l'excitation sexuelle, le lâcher prise émotionnel, la perception agréable des spasmes dans un état de modification de la conscience.
- Chez l'homme éjaculation n'est pas synonyme obligatoirement d'orgasme. Dans la philosophie tantrique, le plaisir est de pouvoir se retenir.

Dans la terminologie sexo-corporelle, Jean Yves fait la distinction entre décharge orgastique qui correspond à la réponse physique, corporelle (les spasmes éjaculatoires chez l'homme, les modifications vaginales, utérines et du plancher musculaire périnéal chez la femme) et la décharge orgasmique qui comme nous l'avons dit correspond au vécu émotionnel.

- Enfin le dernier élément de la sexo-dynamique, *le sentiment d'appartenance à son sexe biologique* autrement dit les *identités masculine et féminine*.

Comment votre patient se situe-t-il par rapport aux archétypes de la masculinité que sont : l'assertivité sexuelle (le positionnement), l'intrusivité sexuelle (se sentir pénétrant et pouvoir érotiser cette pénétration), l'agressivité sexuelle comme capacité à pouvoir porter son excitation, son intensité sexuelle (et non pas la violence) ou par rapport à l'archétype de la féminité qu'est la réceptivité (comme capacité à accueillir l'autre et à pouvoir érotiser ses creux).

Nous n'oublierons pas naturellement le *narcissisme* comme capacité à se voir et à porter un jugement sur soi-même, l'estime de soi, la confiance en soi, l'affirmation de soi et l'*exhibitionnisme* comme capacité à se montrer à l'autre.

- **Les composantes relationnelles.**

Quelles sont les capacités de votre patient à nouer des liens avec l'autre, que ces relations soient réelles, vécues ou anticipées, imaginées. Y a-t-il eu des

relations antérieures ? Comment ce sont-elles déroulées, avec problème de dysorgasmie ?

Comment se sont-elles terminées, de son fait à lui, à elle, à cause du problème sexuel ? Y a-t-il une certaine typologie du ou de la partenaire « à problème » ? (dans le cadre des dysorgasmies sélectives)

Existe-t-il une adéquation, une harmonisation entre leurs besoins affectifs et leurs besoins érotiques ?

Quelle est l'attitude de votre patient par rapport aux habiletés de séduction (se montrer aimable à l'autre, désirable) ou à l'inverse d'anti-séduction.

2) La lecture corporelle.

Jusqu'à présent nous avons recueilli des éléments qui proviennent de l'interrogatoire, donc du verbal. Il est important de noter les éléments non verbalisés, ce qui a été remarqué : attitude dans la salle d'attente, la démarche du patient, son installation dans votre bureau dans une attitude ouverte ou fermée, paraissant à son aise, sa concentration. Si votre patient est accompagné, l'attitude vis à vis du partenaire, les prises de parole etc.

JeanYves, faisait mettre le patient en situation, il pouvait initier des jeux de rôle (ce qu'il appelait le modeling).

II) L'HISTOIRE PERSONNELLE ET LE DÉVELOPPEMENT PSYCHO-AFFECTIF.

Sans oublier naturellement le travail d'anamnèse et de recueil des informations relatives aux antécédents médicaux, chirurgicaux et traumatiques de quelque nature qu'ils soient. Les maladies actuelles susceptibles d'interférer, maladies neurologiques, cardio-vasculaires, gynécologiques, urologiques et naturellement psychiatriques, les troubles psychotiques, les états dépressifs. Enfin la prise de médicaments pouvant avoir un effet délétère sur la physiologie sexuelle (fonction excitatoire, éjaculatoire, orgasme).

Enfin il est important de repérer les différentes étapes du développement : l'enfance, la puberté, les premières excitations, les fantasmes et l'imaginaire érotique, les premières relations sexuelles, les premières règles, les maternités etc.

EN CONCLUSION

Au terme de cette évaluation sexologique des maux de l'orgasme, nous pouvons distinguer schématiquement deux cas de figure : **les troubles primitifs**, qui ont donc toujours existés et qui sont la plupart du temps liés à un défaut d'apprentissage, les cognitions sont à recadrer, les habiletés à mettre en place.

Le deuxième cas de figure concerne les **dysfonctions secondaires**, qui sont le plus souvent liées à l'existence d'anxiété que nous avons évoquée plus haut. Il faudra alors relancer ce qui est déjà en place, en développant des apprentissages personnels (l'imaginaire, l'auto-érotisme avec toujours le recadrement cognitif) et des apprentissages relationnels, retravailler en couple (les explorations corporelles - sensate focus, découvertes mutuelles- et toujours les cognitions).

Michel FEBVRE