

La thérapie sexuelle par la méthode NDI

Par Michel Lobrot en 1994

La sexothérapie est une invention récente. Il était hors de question dans un passé encore très proche d'aider des gens à surmonter les problèmes de leur sexualité. Celle-ci était beaucoup trop taboue.

Les premières tentatives pour essayer de comprendre le fonctionnement sexuel d'une manière scientifique et pour élaborer des méthodes de traitement datent des années 60 et se sont faites en Amérique. W. H. Masters et V. E. Johnson furent dans ce domaine des pionniers. Leur livre important *Human Sexual Response* date de 1966. Il faut signaler aussi à la même époque la création du National Sex Forum de San Francisco, qui eut le mérite de mettre au point un matériel filmique utilisable en sexothérapie.

Ces méthodes sont arrivées en France avec environ 10 ans de retard, dans les années 70. Elles eurent immédiatement beaucoup de succès. Personnellement je les ai connues à cette époque et j'ai commencé dès 1975 à faire des groupes centrés là-dessus. Immédiatement, je me rendis compte de l'extrême difficulté de ce genre de pratique. On se heurtait en effet à deux obstacles opposés : d'une part l'attraction de ce genre de groupe à cause du thème abordé, qui exerce une espèce de fascination, d'autre part les résistances extrêmement profondes à s'exprimer personnellement à ce niveau-là.

Heureusement, à la même époque, nous venait aussi d'Amérique une autre pratique, qui allait avoir une extrême importance pour la sexothérapie, à savoir le massage dit californien, qui a servi de matrice à un nombre incalculable de pratiques diverses centrées sur le contact corporel. J'ai contribué à l'invention du massage dit "relationnel" qui donne lieu actuellement à des groupes de travail.

Le problème pour moi était surtout de trouver une méthode de traitement qui soit d'une part inspirée des grands principes thérapeutiques et d'autre part adaptée à ce problème très particulier. La solution, je l'ai trouvée dans la N-D-I, que je vais présenter maintenant.

La méthode NDI

NDI signifie "Non Directivité Intervenante". C'est une méthode thérapeutique que j'ai inventée, dans les années 80, dans le cadre de la conception rogérienne. Pour compléter celle-ci, la rendre plus fiable et plus opérationnelle.

La conception rogérianne est fondée essentiellement et exclusivement sur l'utilisation de l'écoute et sur la manifestation de cette écoute auprès du client grâce à la reformulation, le miroir, l'empathie. Bien qu'il m'ait semblé que cette attitude était fondamentale et constituait sans aucun doute le prérequis indispensable de toute action curative et thérapeutique, elle ne m'a pas semblé néanmoins suffisante à la fois pour des raisons théoriques et pour des raisons pratiques.

Pour des raisons théoriques, car il m'est apparu qu'il était faux de prétendre que la personne se développe elle-même d'une manière autonome et sans recevoir de détermination de l'extérieur, ce qui est peu ou prou la pensée de C. Rogers. On ne peut réduire à un rôle secondaire et auxiliaire tous les phénomènes d'influence et l'action du milieu extérieur. Rogers lui-même, en créant un dispositif qui est, beaucoup plus que le dispositif freudien, un dispositif de communication n'incite-t-il pas à aller dans ce sens ? Si la communication est une interaction, pourquoi lui donner tant d'importance ?

D'un point de vue pratique, il est quasiment impossible de ne pas faire de propositions, de suggestions, d'interrogations, de questionnements. Déjà la simple mise en place d'un séminaire ou d'un travail, en offrant à des gens la possibilité de venir le faire, est une intervention.

Il m'a donc semblé qu'il fallait créer une méthode dans laquelle l'écoute et la reformulation joueraient un rôle essentiel, mais dans laquelle aussi le thérapeute (animateur, moniteur, enseignant, etc.) pourrait taire des propositions, questionner, interagir, en un mot intervenir. Pour que cela n'entre pas en contradiction avec le principe non-directif, j'ai pensé que la seule formule concevable était de faire des interventions, quelle que soit leur nature, dans la ligne des désirs explicites des patients, en suivant scrupuleusement ces désirs, ce qui signifiait un réajustement constant de l'activité d'intervention. J'ai appelé "écoute du désir" cette position, que j'ai essayé de défendre au mieux dans un ouvrage récent¹.

Application en sexothérapie

Une des conséquences de cette méthode, qui est lourde d'implications en sexothérapie, concerne le travail qu'on fait avec des gens qui viennent vers nous avec de grosses déficiences, en l'occurrence très souvent avec des tendances à l'éjaculation précoce, quand il s'agit d'hommes, ou à l'anorgasmie, s'il s'agit de femmes, avec des pertes de désirs, avec des craintes considérables et des angoisses très profondes. Faut-il seulement faire le constat de

¹Michel Lobrot, *L'écoute du désir*. Ed. Retz, Paris, 1990.

cela, donner éventuellement quelques médicaments, et entreprendre une action, qui se veut constructive, à partir d'idées a priori sur la nature de la libido, les forces en jeu dans la sexualité, les processus à mettre en place ? C'est en effet ce que font la majorité des sexologues, qui ont tous des idées approfondies et souvent intéressantes sur la sexualité, qui pensent à ce qui serait bon pour leur client, qui se substituent à eux et bâtissent pour eux un programme grâce auquel ils réussiraient, pensent-ils, à rétablir les structures manquantes.

Tout ceci est bel et bien mais pêche, à mon sens, à la base, du fait qu'on ne se demande pas comment vont être vécues, par des gens remplies d'appréhensions et de phobies, des incitations et suggestions, qui, forcément, font intervenir la sensualité, l'érotisme, la sexualité. On est étonné, quand on interroge ces gens, ce que nous avons fait, de voir combien, qui n'avaient manifesté en apparence aucune réticence, se sont sentis bousculés, violentés, agressés et ont en fait, dressé encore plus de barrières contre la sexualité. Le bilan n'est pas positif, malgré les proclamations triomphalistes de certains sexologues.

Il faut donc revoir nos méthodes et cela ne peut se faire, à mon sens, qu'en partant du principe qu'on ne construit rien sur rien et qu'il est inutile d'essayer de créer quoi que ce soit, s'il n'existe pas au moins des pierres d'attente, des demandes, une disponibilité allant dans le même sens. C'est l'application du principe non-directif, qui ne signifie pas autre chose.

Il est urgent, dans ces conditions, de réfléchir au problème de savoir comment des gens, qui ont de gros problèmes sexuels, primaires ou secondaires, se représentent la sexualité et la vie amoureuse, quelles sont leurs valeurs dans ce domaine et ce qu'ils sont prêts à accepter et même à vouloir. C'est évidemment le prolégomène à toute sexothérapie.

Les déficients sexuels

Il est clair que tout ce qu'on peut dire là-dessus ne peut avoir qu'une valeur de moyenne, et ne peut être tiré que de l'expérience qu'on a des patients qu'on a été amené à traiter. Il faut aussi prendre en considération l'appartenance de ces patients aux catégories qu'on distingue dans les nosologies.

Il me semble qu'on peut facilement se mettre d'accord sur au moins trois caractéristiques que présentent généralement les patients en question. Ceci permettrait de donner des indications sur la manière dont on peut les aborder. Ces caractéristiques sont, je le répète, des pierres d'attente, c'est-à-dire des attitudes positives sur lesquelles on va pouvoir construire. Ce ne sont pas les déficiences elles-mêmes, qu'on connaît bien et sur lesquelles on a tendance à

se centrer.

1. Une tendance très constante et bien compréhensible consiste à voir la sexualité à travers les voiles du romantisme et de l'idéalisme, comme une chose purement affective, en mettant l'accent sur les notions de pureté, de fidélité et de dévouement. Cela donne quelque chose de très éthéré, sublimé, aérien. Il n'y a pas là-dedans que du négatif, un effet du rejet des aspects corporels et génitaux de la sexualité. La sexualité est aussi cela. Il y a de la passion, de l'obsession, un désir d'absolu dans tout attachement d'origine sexuel. La littérature fourmille de tels exemples et les gens qui ont des déficiences sexuelles ne font que mettre en avant certaines caractéristiques que connaissent aussi ceux qui n'ont pas ces déficiences.

Un côté qui est lié à celui-ci est le fait que leurs fantasmes, qui paraissent au premier abord inexistantes (ils disent qu'ils n'en ont pas), sont souvent fortement connotés en termes de soumission ou de contrainte, voire carrément de sado-masochisme. Masters et Johnson avaient déjà noté le caractère précis, réaliste, presque hallucinatoire des fantasmes des gens qui ont une sexualité très développée. Ici, c'est le contraire. Les fantasmes sont beaucoup plus dramatiques, j'allais dire littéraires. Ils évoquent des scènes cruelles et des tortures diverses, des histoires proches de celles qu'on trouve dans les "romans de gare". C'est aussi quelque chose de réel et de positif. Le monde fantasmagorique reflète fortement les impuissances et les stratégies inavouables de tout le monde.

2. Ne reste-t-il rien chez ces gens au niveau corporel ou même proprement sexuel ? C'est loin d'être le cas. Les hommes qu'on considère comme des impuissants primaires le plus souvent se masturbent et arrivent à l'orgasme. Cela en dit long sur l'origine soi-disant organique de leur impuissance. Les éjaculateurs précoces sont tels justement parce que les quelques excitants sexuels qu'ils possèdent agissent à plein à certains moments et qu'ils sont incapables d'entreprendre une négociation avec eux-mêmes qui exigerait la présence d'excitants nombreux et opposés. Ils sont soumis totalement à l'action de ces excitants simples, de sorte qu'ils n'ont plus aucune liberté. Les femmes anorgasmiques compensent souvent cette frustration en accentuant les aspects de plaisir que l'amour comporte en dehors de l'orgasme.

Dans le même sens va le fait que ces gens ont de très grands besoins de tendresse, y compris physiques. Souvent, ils sont même insatiables dans ce domaine. Cela se comprend. Si on songe que c'est la seule manière dont ils puissent rentrer en contact corporel avec autrui. Mais la tendresse, qu'on pourrait définir comme une relation corporelle forte sans connotation sexuelle fait aussi partie de la vie amoureuse et même de la sexualité.

3. Une caractéristique, qui découle des précédentes mais qui est tout de même spécifique, est le fait que ces gens se trouvent pris dans des relations conjugales, avec des

partenaires anciens ou récents, qui sont étroites, astreignantes, despotiques, apparemment indissolubles. Souvent ces relations ne leur apportent plus rien au niveau sexuel. Elles ne leur apportent plus rien souvent à d'autres niveaux. Et pourtant ils les maintiennent fanatiquement, comme mus par une passion ravageuse et un attachement sans limites.

Cela tient évidemment au fait qu'ils n'ont pas d'alternative. Dans une recherche que nous avons faite, il y a un ou deux ans, sur les peurs dans l'amour dans une population normale, nous nous sommes aperçus que la peur de rester sans partenaire ou de ne pas trouver de partenaire si on en manque, est la peur la plus répandue de loin. Elle est de toute façon sans rapport avec la nature et l'origine de l'attachement. C'est une peur de rester seul. Éviter la solitude est préféré à tout. Ce penchant est encore accentué chez les déficients sexuels.

Chez les gens déficients qui n'ont pas de partenaire, on trouve souvent un rêve excessif de l'"âme sœur" de la "femme de ma vie" ou de l'"homme de ma vie", une quête effrénée de cette personne, c'est-à-dire une demande démesurée de quelqu'un qui provoquerait un attachement infini, ce qui naturellement ne facilite pas la réussite du projet. La valeur attachement est donc surdéterminée, mais il est clair que ce n'est pas une valeur vide. Nous cherchons tous des attachements. Le problème est de les relativiser, ce n'est pas de les nier.

Traiter les déficiences

Le traitement qu'on utilise avec les déficients sexuels doit s'inspirer de ces considérations, sous peine de n'avoir aucune efficacité, voire, dans certains cas, d'enfoncer encore davantage les gens dans leurs problèmes. Néanmoins, répétons-le, il ne s'agit pas d'indications ayant une valeur universelle, car la seule règle valable est de s'adapter aux cas individuels.

Si donc on a l'impression que la personne traitée rentre peu ou prou dans le cadre que j'ai tracé précédemment, on peut agir avec elle selon les trois principes ci-dessous.

1. il n'est pas nécessaire de chercher à casser cet idéalisme qui imprègne toute sa vie amoureuse. Il faut au contraire chercher à l'approfondir, quelque part à la renforcer. Cet idéalisme en effet peut contribuer à constituer cette culture érotique, qui me semble indispensable non seulement pour combler ses déficiences mais même pour avancer dans ce domaine. Après tout, nous avons peut-être à refaire le même chemin que l'histoire. En Europe, on a commencé (ou plutôt recommencé après la grande coupure moyenâgeuse) par le Roman courtois, les cours d'amour, Tristan et Iseult. L'ontogenèse répète la phylogenèse.

Tout peut être utilisé pour favoriser cette culture érotique les livres, les images, le cinéma,

l'invention personnelle, les contes, etc. Le problème est de ne pas introduire d'élément sexuel trop rapidement. Ou plus exactement on peut les introduire négativement, comme une chose qu'on repousse. Dire qu'on ne veut pas de la sexualité, c'est encore en parler. Il est parfois plus important de nommer les choses que de les introduire directement. Le succès considérable des films du National Sex Forum de San Francisco vient sûrement en partie de l'idéalisme qui imprègne la plupart des films, qui pourtant montrent des scènes d'amour. Rousseau, avec *La nouvelle Héloïse*, a plus fait pour promouvoir la libération sexuelle que Diderot avec *Les bijoux indiscrets* ou *La religieuse*. La sexualité vient naturellement, dès lors qu'on parle de la vie amoureuse.

Dans la même ligne, il n'est pas inutile de parler de l'amour et de la vie amoureuse. C'est un sujet que tout le monde aime et spécialement ceux qui, dans ce domaine, cultivent des penchants idéalistes. Il y a mille manières de le faire, depuis la réflexion sérieuse à la manière de Georges Bataille jusqu'aux tests et enquêtes qui abondent dans les journaux féminins. On peut d'ailleurs en inventer.

Ceci revient à dire qu'il ne faut pas hésiter à utiliser la tête, la réflexion, les idées pour faire évoluer dans ce domaine. Le sexe, on l'a souvent dit, est dans la tête. Puisque la répression passe souvent par la tête pour produire des résultats, pourquoi la rééducation ne passerait-elle pas par la même voie ?

2. Il faut naturellement aborder le corps. Il n'y a pas de thérapie sexuelle qui se fasse seulement avec la parole. Et d'ailleurs les patients le réclament. Ils demandent certes à ne pas être bousculés et traumatisés. Ils demandent cependant avec insistance cette chaleur, cette intimité, cette détente qui viennent de certaines pratiques corporelles. Cela peut englober des quantités de techniques : massages, relaxation, bonding, intégration posturale, danse, masques, théâtre, etc. Tout est valable si la personne y rentre, si l'activité lui plaît et si elle s'y donne avec une certaine intensité. Ce dernier point est capital. L'expérience sensuelle, comme toute expérience qui contredit des forces en sens inverse, doit atteindre un certain seuil d'intensité pour pouvoir inverser les tendances pulsionnelles. C'est souvent ce qui manque dans les thérapies, qui étant issues du cerveau du thérapeute, ne correspondent pas à la sensibilité du sujet. Celui-ci exécute docilement mais ne s'investit pas comme il faudrait dans l'activité.

Dans cette perspective, il faut aborder le fameux problème du passage à l'acte en thérapie sexuelle. Doit-on autoriser les gens à taire l'amour ; à avoir des pratiques sexuelles à proprement parler ? Cette question délicate a fait couler beaucoup d'encre et a souvent abouti à des solutions qui sont plus inspirées des tabous des thérapeutes et de leurs peurs que d'une vraie réflexion méthodologique.

Si on essaie de se placer à ce dernier point de vue, on doit reconnaître que le passage à l'acte, pour des gens à qui la sexualité fait peur et pour qui elle est chargée de connotations négatives, ne peut qu'être néfaste. On peut donc le déconseiller. De là à l'interdire, il y a un abîme. L'interdire, c'est reprendre la même position que la société, qui a fait tant de mal avec ses censures, surtout à ces gens qui viennent en thérapie. C'est renforcer la peur en renforçant sa source. Et puis il est faux de penser que le passage à l'acte soit à déconseiller universellement. Il y a des cas ou certaines phases de la thérapie où il est parfaitement recommandé. Master et Johnson (véritables références en ce domaine) l'utilisent abondamment

Que les thérapeutes eux-mêmes risquent d'être pris dans cette spirale pulsionnelle, qu'ils contribuent à entretenir, est l'évidence même. Ce serait comme demander à un plongeur de ne pas se laisser séduire par la mer. Les conséquences peuvent être désastreuses. Elles peuvent être nulles. Elles peuvent aussi être positives. On peut citer des exemples précis de chaque cas. C'est, à mon avis, un problème de lucidité et d'honnêteté, comme tout problème humain. Les règlements extérieurs où on légifère dans l'absolu sous prétexte de protéger tel ou tel ne peuvent qu'obscurcir les choses et créer des peurs supplémentaires, là où elles sont déjà assez nombreuses.

3. Il est évidemment important dans une thérapie sexuelle d'aborder les problèmes quotidiens du sujet, ses rapports avec le partenaire, sa pratique sexuelle et amoureuse quotidienne. Une des tentations du thérapeute est d'ouvrir les personnes en difficulté vers d'autres partenaires ou vers les hommes et les femmes en général, en considérant l'impasse dans laquelle se trouve très souvent celui qui vient consulter. Cela peut être fructueux et utile dans certains cas, mais présente en général plutôt des risques. Étant donné cette fixation sur le partenaire dont j'ai parlé tout à l'heure, on risque de rencontrer une attention bienveillante à l'égard d'un discours perçu comme insolite et inattendu mais plus profondément une méfiance et une résistance. De fil en aiguille, le patient va réaliser qu'on a un projet sur lui et élever de solides défenses.

Faut-il pour autant réconcilier les couples, comme on dit ? Certainement pas. Ce serait l'erreur inverse. Le problème est, à mon sens, de faire faire au patient tout un travail de prise de conscience par rapport au partenaire et à la relation avec lui. Si vraiment le partenaire n'est qu'une bouée de sauvetage, il est très utile de voir ce que vraiment il représente. Cette réflexion n'est pas seulement nécessaire parce qu'elle risque d'introduire un doute salutaire là où il n'existe pas, mais aussi parce qu'elle ouvre sur une prise de conscience des valeurs amoureuses comme telles, indépendamment de leurs liens avec la sécurité matérielle ou la sécurité tout court.

C'est ça, en définitive, le but de la thérapie : ouvrir sur les valeurs de l'amour, de la sexualité, de la libido, faire toucher du doigt ces réalités qui ne sont souvent pour les patients que des mystères qu'ils touchent sans le savoir et sans le vouloir, un peu comme nous touchons les mystères de l'électricité du fait que nous nous éclairons. Il faut que cela devienne une réalité claire et rassurante et cesse d'être comme une espèce de bête tapie dans un coin et toujours prête à vous sauter dessus. Il faut, si l'on peut dire, apprivoiser la sexualité. Je ne peux mieux définir la thérapie sexuelle.

C'est pour répondre à ces impératifs que nous avons inventé dans les années 75, un type de sexothérapie consistant à placer des gens pendant quatre jours dans un lieu où il y a une piscine chauffée (à 37°), dans laquelle on peut aller quasiment en permanence. Nous créons de ce fait un environnement dans lequel tout ce que je viens d'énumérer devient possible. Les gens peuvent choisir eux-mêmes ce qui leur convient, aller dans un lieu ou dans un autre, faire des activités verbales ou corporelles. Les animateurs sont à leur disposition et leur proposent des activités, en fonction de ce qu'ils perçoivent de leurs besoins.

Comprendre les difficultés

Toute cette action pour réconcilier la personne avec la sexualité ne dispense pas de comprendre l'origine et la nature de ses difficultés. Même si la thérapie ne consiste pas dans une telle recherche (à moins que le patient le veuille explicitement), celle-ci peut être utile et orienter l'action du thérapeute.

Disons qu'en gros, les difficultés peuvent avoir deux types d'origine, tout à fait opposées et qui parfois se conjuguent.

À un extrême se trouvent tous les blocages qui renvoient à l'enfance et qui sont de nature complexe, car ils n'ont pas seulement pour causes les interdits explicites et les barrières visibles que l'environnement a pu dresser face à l'enfant. Souvent ceux-ci, comme l'a montré Fisher², n'ont pas grande influence ou même peuvent avoir une influence indirectement positive. Par contre, les répressions qui marquent profondément l'individu sont celles qui ne sont pas dites et qui résultent des modèles parentaux, de la manière même dont les parents ont construit leur vie j'ai écrit là-dessus un livre qu'on pourra consulter³. S'ils ont procédé à une élimination radicale du plaisir (pas nécessairement de la sexualité), ils envoient à l'enfant le message que le plaisir est dangereux et néfaste. Ce message lui-même a des origines lointaines : le fait en particulier

²Seymour Fisher, *Le secret*. Ed. Grasset, Paris, 1974.

³Michel Lobrot, *L'influence des modèles*. Ed. Psy-énergie, Paris, 1986.

que la sexualité est perçue comme une forme de laisser-aller et d'abandon, donc diminue les défenses, affaiblit l'individu, etc.

A l'autre extrême, se trouvent toutes les causes qui résident dans les événements vécus actuellement, quotidiennement. Il existe comme un principe d'incompatibilité, qui postule que des événements à connotation négative, vécus dans la douleur et l'inquiétude annihilent la charge en plaisir d'autres événements concomitants de caractère positif, si leur intensité est moins forte. Ceci se passe couramment avec la sexualité. Les tensions et conflits innombrables qui forment la trame de la vie des couples constituent un obstacle fondamental à l'égard de la sexualité, détourne du plaisir, éloigne les partenaires. Quand on ne fait plus l'amour ou qu'on le fait peu, la libido s'endort et le désir s'atténue. De là à ce qu'on se vive comme déficient, il n'y a qu'un pas, surtout si, en même temps, remontent des interdits venus de la petite enfance.

Une autre filière explicative réside dans l'opposition entre un schéma masculin et un schéma féminin, qui se répercutent tous deux au niveau des difficultés. Disons qu'en gros, les hommes ont tendance à trop de rapidité et de hâte, les femmes à trop de lenteur. Quand il y a des difficultés, ces schémas s'accroissent et tournent à la caricature. Les hommes versent dans l'éjaculation prématurée, l'excitation rapide et qui se satisfait rapidement ; les femmes dans une difficulté, voire une impossibilité, d'arriver à l'orgasme. De toute façon, le désir s'affaiblit ou n'est plus capable que d'apparitions passagères ou paresseuses. La vie sexuelle s'estompe progressivement.

La thérapie sexuelle a pour but de réveiller cette force qui s'endort, en introduisant des éléments positifs qui neutralisent et compensent les expériences négatives. Il se produit **une réévaluation**, qui est le fond de la thérapie. Pas seulement de la thérapie sexuelle mais de toute psychothérapie.

*Publié en 2024 sous licence [CC BY-SA 4.0](#)
par le groupe des [Archives de Michel Lobrot](#)
Association AINDI*