

Vers une sexualité intégrée dans la vie de couple : les groupes de pré-orgasmie

Towards an integrated sexuality for the couple : pre-orgasm groups

Louise Descôteaux and Monique Jannard

Volume 9, Number 1, June 1984

Pratique analytique et psychose

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/030214ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/030214ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (print)

1708-3923 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Descôteaux, L. & Jannard, M. (1984). Vers une sexualité intégrée dans la vie de couple : les groupes de pré-orgasmie. *Santé mentale au Québec*, 9(1), 111–117. <https://doi.org/10.7202/030214ar>

Article abstract

This article deals with the treatment of pre-orgasmic women. Following a short description of the evolution of therapies, the authors define pre-orgasm and its treatment. The authors then present the sequence of treatment sessions and the results obtained in relation to the following aspects: respect for rules and assiduity, age groups, reactions to exercises, relation to partner, methods of undermining, group climate, use of personal creativity and, finally, the effects of therapy on the life of the couple. In conclusion, the authors underline the generalizing effect, produced by improvement in sexual relations on several other aspects of the lives of participants, and on their couple relationship.

Vers une sexualité intégrée dans la vie de couple : les groupes de pré-orgasmie

*Louise Descôteaux**
*Monique Jannard***

Cet article aborde le traitement de la pré-orgasmie. Après un bref historique de l'évolution des thérapies sexuelles suit une définition de la pré-orgasmie et de son traitement. Les auteures traitent ensuite du déroulement d'une session de traitement de la pré-orgasmie et des résultats obtenus, en fonction des aspects suivants : respect des règles et assiduité, groupes d'âge, réactions aux exercices, relation au partenaire, moyens de sabotage, climat du groupe, utilisation de la créativité personnelle et, finalement, effets de la thérapie sur la vie du couple. Les auteures concluent en soulignant l'effet de généralisation que l'amélioration de la vie sexuelle produit sur plusieurs autres secteurs de la vie des participants et de leur vie de couple.

Dans le cadre de son programme de planification familiale, le centre hospitalier La Cité de la Santé de Laval offre, depuis trois ans, des sessions de thérapie sexuelle pour les femmes pré-orgasmiques. D'une année à l'autre, les monitrices, deux psychothérapeutes formées à l'approche de groupe et spécialisées en sexologie, ont modifié la structure des groupes et ajouté des éléments dans le but d'intensifier le processus de changement.

Cet article a pour but de décrire le déroulement d'une session de traitement de la pré-orgasmie, après un survol historique et la définition de la pré-orgasmie. Suivra une analyse des résultats obtenus et des conséquences qu'ils peuvent avoir sur la vie future des couples participants.

Il y a deux aspects particuliers qui nous ont poussés à écrire ce texte. Nous voulions tout d'abord partager avec vous, lecteurs(trices), tout le plaisir que nous avons eu à vivre ces expériences. Nous y avons sûrement autant reçu que nous avons pu apprendre aux participants(es). Nous voulions également susciter chez vous un intérêt tel que vous auriez le goût de nous faire part de vos critiques et commentaires et, peut-être également, de mettre sur

pied des groupes semblables, notre approche pouvant s'avérer efficace dans d'autres types de difficultés sexuelles.

LES THÉRAPIES SEXUELLES : LEUR ÉVOLUTION

L'histoire des thérapies sexuelles est tout près de l'historique du cheminement des femmes vers l'autonomie et de leur découverte du droit au plaisir. Trois étapes importantes se sont succédées. La première étape se situe au tournant du vingtième siècle, après le «carême» de l'époque victorienne, au moment où les esprits se sont ouverts à une vision qui, pour la première fois dans l'histoire de l'humanité occidentale, a séparé la sexualité de la procréation. Les humains de sexe masculin ont alors acquis le droit au plaisir. Il faudra l'apparition de méthodes contraceptives de plus en plus efficaces, dont la première fut la méthode Ogino, pour que, dans une deuxième étape, les femmes conquièrent leur droit au plaisir sexuel, ce plaisir étant évidemment plus intense et accessible lorsque les femmes ne sont pas obligées de devenir enceintes contre leur désir. Nous sommes maintenant parvenues à la troisième étape, celle du partage du pouvoir et des responsabilités dans le vécu érotique du couple. Chacun des partenaires d'un couple reconnaît à l'autre le droit au plaisir, prend individuelle-

* L. Descôteaux est psychologue à la clinique de planification familiale de La Cité de la Santé de Laval.

** M. Jannard est travailleuse sociale et psychothérapeute en bureau privé.

ment des moyens pour l'atteindre et tous les deux s'entraident dans cette quête légitime de la joie.

Nous sommes heureusement loin de Freud qui, en 1925, avait intuitionné (ce n'était pas de l'intuition féminine!) la passivité et l'infériorité de la femme face au plaisir. Il avait également eu l'idée géniale de distinguer l'orgasme vaginal de l'orgasme clitoridien, proclamant que le premier devait supplanter le second et décernant ainsi un diplôme de maturité à certaines femmes.

Au début des années 30, Van de Velde et Kegel, sans même se consulter, eurent une riche idée : faire faire aux femmes des exercices de contraction des muscles vaginaux. Leur but premier était éminemment pratique : renforcer le muscle qui retient le passage du flux urinaire et guérir ainsi l'incontinence urinaire dont souffraient plusieurs femmes après un accouchement. Kegel constata que les résultats dépassaient tous ses espoirs, les femmes ne se contentant pas d'éliminer leurs problèmes urinaires mais développant, en plus, leur capacité d'atteindre l'orgasme et l'intensité de leur sensibilité vaginale.

En 1953, Kinsey, dans sa célèbre enquête, met en évidence un fait que chacun intuitionnait sans en parler : l'importance de la masturbation dans la découverte et l'augmentation du plaisir. Une corrélation directe était établie entre la fréquence de l'orgasme chez les femmes adultes et l'utilisation de la masturbation à l'adolescence. Depuis ce temps, toutes les thérapies sexuelles qui veulent aider les femmes à atteindre l'orgasme utilisent des exercices de masturbation.

Les thérapies sexuelles ont été véritablement structurées avec efficacité et scientifiquement reconnues avec la création de la clinique de Masters et Johnson à Saint-Louis, au début des années 70. Ces co-thérapeutes créent un traitement de la pré-orgasmie en 15 jours. Leur approche, d'ailleurs très coûteuse, consistait en un internat luxueux de deux semaines, en couple, chacun des partenaires ayant des exercices à faire, en plus de séances de thérapie individuelle et de couple. Les résultats obtenus furent tels qu'ils décidèrent de l'extinction des thérapies de type analytique pour le traitement des difficultés orgasmiques, la nouvelle approche étant éminemment plus rapide. En effet, l'approche analytique nécessitait un investissement en terme

d'années alors que les approches plus récentes ne requièrent que quelques mois de traitement.

Et depuis 1970, le rythme des progrès s'accélère. En 1971, Lopiccolo et Lobitz mettent au point une série d'exercices en neuf étapes. Ces exercices, tout d'abord individuels, intègrent progressivement le partenaire, et le taux de succès dans le traitement de la pré-orgasmie atteint les 80 %. En 1974, Reisinger introduit des exercices avec stimuli visuels, ce qui augmente encore l'efficacité de ce type d'approche.

Enfin, Lonnie Garfield-Barbach, en 1974, instaure une nouvelle ère, celle des groupes de thérapie au cours desquels les femmes, en plus de faire des exercices gradués, utilisent l'énergie du groupe pour se motiver et partager leurs découvertes. Le taux de succès se situe maintenant au délicieux niveau de 90 %.

LES DÉFINITIONS

1. Pré-orgasmie

Le terme pré-orgasmie est préféré à anorgasmie parce qu'il rend plus tangible le fait que toute femme est capable d'atteindre l'orgasme et que celles qui n'en ont pas ne sont pas anorgasmiques mais en puissance d'atteindre l'orgasme, donc pré-orgasmiques. Il existe deux sortes de pré-orgasmie : la pré-orgasmie primaire qui décrit l'état des femmes qui n'ont jamais atteint l'orgasme par quelque moyen que ce soit (caresses, vibrateur, coït) et la pré-orgasmie secondaire qui est l'état des femmes qui ont déjà atteint l'orgasme et ne l'atteignent plus ou ne l'atteignent pas de façon habituelle.

2. Groupe de pré-orgasmie

Un groupe de pré-orgasmie est un regroupement de femmes pré-orgasmiques qui, en présence de thérapeutes, vont apprendre à mieux connaître leur corps, les mécanismes physiques et psychologiques qui conduisent à l'orgasme, les moyens techniques pour y parvenir et les préjugés et tabous qui les empêchent de se sentir autonomes dans leur sexualité.

Le rationnel qui justifie l'existence de ces groupes est que plus les orgasmes seront possibles, puis fréquents grâce à des exercices, plus le réflexe physique et psychologique va s'installer et le potentiel orgasmique augmenter.

Grâce au groupe, les femmes rompent leur sentiment d'isolement et d'anormalité sexuelle. Elles se sentent solidaires, partagent leurs précieuses expériences et se donnent feedback et support. Elles réussissent à développer la confiance dans leurs capacités sexuelles et peuvent, par la suite, aider à des modifications de comportement de couple. Le groupe agit, en fait, comme un facilitateur et un accélérateur du changement.

LA CLIENTÈLE DE NOS GROUPES

Nos clientes nous sont référées par le médecin de famille, le gynécologue et d'autres intervenants de la santé, suite à un examen médical approfondi qui a éliminé toute possibilité d'un problème physique qui pourrait causer la pré-orgasmie. En effet, lorsque toutes les possibilités de problème physique sont éliminées, il devient beaucoup plus évident que l'origine de la difficulté est psychologique. Elles ont de 18 à 40 ans. Elles proviennent de tous les milieux. Leur niveau moyen de scolarité est de 12 ans et leur revenu annuel moyen est de 14 600 \$. La plupart ont un partenaire sexuel régulier et, en moyenne, un enfant. Elles sont tout d'abord invitées à une entrevue d'évaluation en compagnie de leur partenaire, si elles en ont un. Elles sont intégrées dans un groupe si elles sont motivées, acceptent les conditions d'appartenance au groupe (discrétion totale, assiduité aux groupes et aux exercices quotidiens, trêve lorsqu'il y aurait risque de séparation du couple) et ne sont pas déjà engagées dans un processus thérapeutique ailleurs.

Depuis bientôt deux ans, nous avons conclu à la nécessité de faire participer de façon tout aussi engagée les partenaires de nos participantes. Nous avons mis sur pied un groupe de partenaires masculins qui se réunissent à la même fréquence et font les mêmes exercices que leur conjointe. Trois raisons importantes nous y ont poussées. En premier lieu, nous avions la conviction que des difficultés à vivre une sexualité satisfaisante chez l'un ou l'autre des partenaires du couple reflétaient des difficultés dans la relation des deux personnes et qu'il serait illogique et insuffisant de ne travailler qu'avec un des partenaires. En second lieu, nous avons constaté antérieurement que les conjoints qui voyaient leur femme changer lorsqu'elle s'intégrait à un de nos groupes, devenaient anxieux, ne comprenaient pas

les changements et recouraient, consciemment ou pas, au sabotage du traitement. Leur intégration dans les groupes diminue l'influence de ce facteur. En troisième lieu, la démarche, lorsqu'elle est vécue par les deux partenaires, favorise la motivation, augmente la sensualité, renouvelle la sexualité du couple et débouche sur de nouvelles dimensions qui n'auraient pu être rejointes en l'absence de l'un des partenaires.

DÉROULEMENT D'UNE SESSION DE TRAITEMENT DE PRÉ-ORGASMIE

Suite à la pré-évaluation, les partenaires participent à dix séances hebdomadaires en groupe (les hommes et les femmes sont dans des groupes différents) d'une durée de deux heures et doivent faire chaque jour une heure d'exercice à la maison. Au cours des séances hebdomadaires, ils ont accès à du matériel audio-visuel leur décrivant les aspects physiques et psychologiques de l'orgasme et des exercices pour y parvenir. Ils apprennent également la méthode de relaxation progressive de Jacobson qui les aide à quitter leur stress quotidien pour devenir plus proches de leur corps et de leurs sensations. Enfin, ils apprennent à diversifier leurs fantasmes, à découvrir ce qui est le plus stimulant pour eux au plan érotique et à intensifier leur intérêt pour la sensualité et la sexualité. Une bibliographie leur est remise et il y a discussion des livres qu'ils ont découverts.

En fait, les deux heures de chaque séance sont utilisées très intensivement. Après un retour sur le travail de la semaine qui vient de s'écouler, nous décrivons les exercices pour la semaine à venir. Lors des premières séances, les exercices sont uniformément prescrits à tous(tes). Notons que les exercices sont décrits pendant la séance et faits à la maison. Au fil des semaines, les exercices deviennent de plus en plus individualisés, selon les progrès et les limites de chacun(e). La seconde partie de la séance sert à identifier les résistances au changement et à les affaiblir. Ces résistances varient selon les personnes, selon le sexe des participants(es) et selon le moment de la vie du groupe.

Des outils spécifiques se sont construits, avec le temps, pour contrer l'effet des résistances. La technique d'affirmation positive de Sondra Ray (1976)

est l'un de ces outils et nous l'introduisons de plus en plus rapidement, dès les premières séances. La construction par chacun de son paysage érotique nous aide également à identifier les tabous, et la rédaction d'une autobiographie sexuelle permet de situer la naissance des préjugés face à la sexualité et de jauger leur force. Grâce à la construction d'un paysage érotique et à la rédaction d'une autobiographie sexuelle nous avons accès à du matériel précieux concernant les préférences personnelles, comment elles se sont construites, comment parfois elles sont devenues des normes paralysantes. Le fait de partager le tout en groupe jette un nouvel éclairage et permet de redécider pour soi ce que l'on désire conserver, et ce dont on veut se départir. Cela leur permet également de confronter leur vécu personnel à celui des autres, favorisant ainsi l'enrichissement de leur monde intérieur. Les participants apprennent à ne pas saboter leurs progrès et à redéfinir avec force ce qu'ils veulent changer et les objectifs qu'ils veulent atteindre. La définition d'objectifs précis et réalistes est d'ailleurs essentielle et, au cours de chacun des groupes, les objectifs sont rappelés et reformulés. La distance à franchir pour les atteindre est régulièrement mesurée, en termes de sous-objectifs.

Les thérapeutes se sentent impliquées autant comme personnes ressources que comme personnes, ce qui signifie qu'elles s'engagent à faire profiter le groupe de leur expérience professionnelle et personnelle. Elles favorisent le «modeling», c'est-à-dire l'identification à leurs traits forts et la critique constructive de leurs limites. Plusieurs thèmes sont favorisés par cette implication personnelle et il en résulte un climat sécurisant et stimulant. Le type de relation privilégiée entre tous les membres du groupe, y compris les thérapeutes, est égalitaire; les liens de dépendance ou les relations de supérieur à inférieur, ou de mère à fils/fille, sont dénoncés.

Tout au long de la session, le sens des interventions va dans le sens du développement de l'autonomie, du pouvoir sur son propre corps et du partage des compétences découvertes.

LES RÉSULTATS

L'analyse d'un questionnaire d'évaluation et les commentaires des participants(es) réunis(es) en un seul groupe de relance, quelques semaines après la

fin des séances distinctes, permet de connaître les conclusions des participants(es).

Le degré de satisfaction est évidemment lié à l'atteinte ou pas des objectifs. Lorsque les participants s'étaient fixés des objectifs multiples, irréalistes ou trop vagues, ils sont déçus. Dans la plupart des groupes, les objectifs sont atteints au-delà de 70 %.

Les participants sont capables d'identifier certains facteurs aidants : l'assiduité, la régularité dans les exercices, le support des autres membres du groupe, la collaboration du partenaire, l'implication des thérapeutes, le matériel technique, l'évaluation constante des objectifs et l'effet motivant des progrès. Les facteurs nuisibles sont les suivants : l'anxiété, la peur de l'échec, le souci de performer, la compétition avec les autres, la peur d'être évalué et la crainte des conséquences du changement dans la vie de couple.

Notre analyse des résultats met en évidence différents facteurs qui influencent le changement. Nous les décrivons brièvement.

1. Respect des règles et assiduité

Les participants qui se conforment aux règles, d'abord passivement puis de manière active en comprenant vraiment leur utilité, sont ceux qui progressent le plus rapidement. Le sabotage plus ou moins conscient des règles, même pour des raisons apparemment valables, est une résistance au changement et a ordinairement pour conséquence un arrêt des progrès ou un recul. L'assiduité est également en corrélation directe avec les progrès, les participants qui s'absentent, même pour des raisons valables, sont néanmoins ceux qui progressent le plus lentement. À noter que les absences sont très rares. Il semble que les participants les plus motivés manifestent leur désir de changement par un respect des aspects formels du groupe.

2. Groupe d'âge

Autant chez les hommes que chez les femmes, des sous-groupes d'âge se forment rapidement. Ces regroupements ont des effets positifs et l'hétérogénéité de l'âge est un facteur aidant. Les plus jeunes sont motivés par le désir de vaincre leurs difficultés le plus tôt possible afin de ne pas connaître la tristesse et le manque de confiance dans leurs capacités qu'ont développés leurs aînés. Par ailleurs, les plus âgés sont positivement influencés par la vita-

lité et l'attitude chaleureuse des jeunes à leur égard et, entre eux, ils se motivent en se disant qu'ils ont mérité après tant d'années d'avoir une vie sexuelle satisfaisante. Nous tenons cependant à souligner que leurs difficultés ne sont pas uniquement liées à leur âge ou au contexte de leur temps.

Réactions aux exercices

Les réactions aux exercices varient beaucoup selon le sexe des participants. Les femmes sont à l'aise et investissent beaucoup dans les exercices de découverte sensuelle du corps et dans l'exploration des fantasmes mais elles ont de fortes résistances dès que les exercices concernent la zone génitale. À partir de l'histoire personnelle ressortent alors des préjugés et des tabous. La prise de conscience de ces préjugés et tabous facilite leur extinction. Par contre, les hommes, à l'aise pendant les exercices de masturbation qu'ils font à la maison, sont impatientés par l'importance donnée aux exercices liés à la sensualité et ils résistent beaucoup à les faire. Ces résistances camouflent une peur de la tendresse et des aspects dits féminins qui existent en eux, et elles doivent être travaillées pour que les hommes puissent poursuivre leur cheminement. En somme, les exercices qui dépassent des préjugés sur ce qui se fait lorsqu'on est femme sont anxiogènes pour les femmes et la réciprocité est vraie en ce qui concerne les préjugés des hommes sur ce qui se fait lorsqu'on est homme.

4. Relation avec le partenaire

Nous constatons l'importance d'évaluer avant le début d'un groupe l'état de la relation entre les partenaires. Si la discorde y apparaît évidente, mis à part l'aspect sexuel qui est évidemment problématique, il n'est pas recommandé d'impliquer les partenaires dans un groupe de pré-orgasme. Nous faisons d'ailleurs avec les couples une entente à l'effet que toute démarche vers une séparation ou même vers une thérapie de couple soit suspendue pendant la durée du groupe. Ce moratoire permet aux partenaires d'avoir moins d'anxiété et de ne pas être bloqués dans leur progrès par la remise en question de leur vie de couple. Si les conditions de départ ont été respectées, la qualité de la relation entre les partenaires devient un important facteur de changement. Les partenaires apprennent à mieux comprendre leurs réactions et celles de l'autre. Ils se

motivent l'un l'autre et deviennent plus empathiques face aux difficultés spécifiques de l'autre. Avant que nous n'impliquions les partenaires masculins au même titre que leur femme, la relation du couple demeurerait inchangée et avait même tendance à se détériorer. Cependant, nous avons toujours accepté la participation des femmes sans partenaire régulier ou avec partenaire non collaborant, et jusqu'à maintenant les progrès de ces femmes ont souvent été plus lents. Ce rythme différent s'explique en partie ainsi : ces participantes, en plus de se confronter à leurs résistances personnelles, se heurtent aux résistances et à l'attitude négative de leur partenaire. Le fait que plusieurs femmes pré-orgasmiques aient un partenaire éjaculateur précoce rend d'autant plus impérieuse la nécessité de collaboration de leur homme.

5. Moyens de sabotage

Les résistances qui se manifestent dans nos groupes sont riches, variées, inventives et fort efficaces. Les plus fréquentes sont : 1° ne pas comprendre les consignes, les oublier ou les remplacer par des substituts, 2° détourner un thème anxiogène par l'humour, le rire ou la colère, 3° utiliser le partenaire pour justifier son incapacité à progresser, 4° s'occuper davantage des progrès des autres que des siens propres, 5° s'absenter du groupe, 6° déprécier sa performance et ne pas utiliser l'énergie que donne le succès, 7° brûler des étapes, 8° somatiser. Tous les mécanismes de sabotage sont utilisés autant par les hommes que par les femmes, sauf le dernier. Les participantes se servent beaucoup plus de leur corps pour exprimer leur résistance au changement; les maux de tête, les nausées et les infections vaginales sont couramment utilisées pendant les phases de résistance. Leur utilisation à de telles fins nous a d'ailleurs été confirmée par le fait qu'elles disparaissent une fois interprétées.

6. Climat du groupe

Dès que les participants prennent contact les uns avec les autres, il s'établit un sentiment d'appartenance au groupe et l'on voit apparaître des attitudes aidantes et stimulantes. Les progrès de l'un valorisent et encouragent tout le groupe. Les interventions des thérapeutes face à un participant sont utilisées

par tous les membres du groupe. Les comportements autonomes sont valorisés et tous les participants collaborent à l'extinction de leurs comportements dépendants.

7. Utilisation de la créativité personnelle

Les participants qui se sont servis de leur créativité et qui ont développé de nouveaux outils en plus d'utiliser les exercices suggérés, sont ceux qui ont le plus progressé et qui sont le plus satisfaits de leur performance. Des solutions très inventives ont permis aux participants de développer leur autonomie et de progresser en devenant de plus en plus eux-mêmes.

LES EFFETS SUR LA VIE DU COUPLE

Les progrès réalisés par chacun se manifestent clairement au plan de la sexualité. Tous reconnaissent leur sexualité comme plus proche d'eux et plus vivante. Ces progrès se généralisent au plan de la personnalité et forcent une nouvelle intégration qui implique une prise en charge autonome dans toutes les sphères de la vie : travail, amitiés, loisirs et vie de couple.

À cet égard, plusieurs stéréotypes ont été relevés et méritent d'être dénoncés parce que leur action subtilement nocive limite la vie de couple. Le stéréotype le plus faux est celui qui veut que la femme qui consulte pour ses problèmes sexuels, en prend toute la responsabilité et se perçoit comme «la malade». L'évaluation des deux partenaires et l'intégration des hommes dans un groupe qui effectue la même démarche que le groupe des femmes aident à éliminer ce stéréotype. Mais pour que la femme se sente responsable à un point tel, il faut qu'un deuxième stéréotype agisse : celui qui dit que la femme, au sein du couple, est responsable de la communication, de l'affectivité et de l'équilibre émotif, alors que l'homme est responsable de l'aspect matériel. Il s'ensuit un sentiment d'échec lorsque la femme est pré-orgasmique, lorsqu'elle se perçoit comme incapable de prouver à l'homme qu'elle l'aime. Par ailleurs, les hommes doivent combattre un troisième stéréotype qui leur crée des responsabilités auxquelles ils ne peuvent pas se dérober : ce stéréotype veut que l'homme soit respon-

sable du plaisir de sa partenaire et «ne sache pas y faire» si sa partenaire est pré-orgasmique. De tout ceci découlent une attitude d'attente passive de la femme et une colère projetée par l'homme vers sa femme quand il ne parvient pas à la satisfaire. Le fait de se réapproprier leur responsabilité dans l'atteinte du plaisir est à la fois stimulant et soulageant pour les deux partenaires. Un quatrième stéréotype est bien incrusté dans notre conception de la vie sexuelle des couples : il s'agit de la conviction que les hommes ont plus de besoins sexuels que les femmes, de telle sorte qu'il finit par être bien vu pour un homme de se présenter comme sursexué, de camoufler ses besoins de tendresse en besoins sexuels et de se plaindre de l'apathie de sa femme. En même temps, il est bien vu pour une femme de s'occuper des enfants et du ménage au détriment de sa vie personnelle et de sa sexualité. Il est bien vu pour une femme d'être pré-orgasmique et pour un homme «de ne penser qu'à ça», cette dichotomie ne permettant pas aux personnes d'être elles-mêmes.

Il est devenu évident, à partir du travail auprès de ces couples, que les problèmes sexuels sont souvent la conséquence d'attitudes trop rigides, d'un partage inadéquat des rôles et d'attitudes de style «tout l'un-tout l'autre». L'effet le plus positif, croyons-nous, de ces groupes de pré-orgasmie est un assouplissement des polarités qui existent dans un couple. Grâce à leur expérience au sein du groupe, les partenaires d'un couple n'attribuent plus l'activité, le pouvoir, la domination et l'expression des besoins sexuels au pôle masculin. La passivité, la tendresse, la soumission et l'expression de la sensualité ne sont plus uniquement des manifestations du pôle féminin. Les femmes apprennent à reconnaître, à accepter et à cultiver leur partie dite «masculine» et les hommes apprécient et développent leur partie dite «féminine». Un partage plus souple du pouvoir et du plaisir se construit ainsi.

LES CONCLUSIONS

La pré-orgasmie nous apparaît dorénavant être le lot des femmes qui ne sentent pas tout le pouvoir qu'elles ont sur elles-mêmes et qui craignent d'en avoir sur leur partenaire. L'inverse est d'ailleurs aussi vrai. Ces femmes ont habituellement des partenaires qui se donnent l'entière responsabilité du

plaisir de l'autre, se sentent incompetents à atteindre leur but et nourrissent du ressentiment face à leur femme «qui n'est pas une vraie femme». Nous concluons en souhaitant un meilleur équilibre de la force et de la tendresse.

À cette condition seulement, une vie sexuelle de couple peut être vivante, se nourrir au fil des années et ne pas devenir un terrain de guerre, de culpabilité et d'échec. La sexualité étant un moyen de communiquer parmi tant d'autres, nous avons constaté une généralisation des comportements appris pendant nos groupes à d'autres secteurs de la vie d'un couple. Les couples qui partagent mieux au plan sexuel apprennent à mieux partager l'organisation des tâches, les responsabilités financières et l'éducation des enfants : c'est une des acquisitions que nous avons constatée avec joie après nos sessions.

En somme, plus un individu apprend à se respecter, à s'aimer et à être conscient du moment présent dans son corps, plus il est vivant et «vivable» et plus il contribue à créer une vie de couple saine et stimulante.

RÉFÉRENCES

BARBACK, G., 1974, Group Treatment of Preorgasmic Women, *Journal of Sex and Marital Therapy*, vol. 1, n° 2, 139-145.

FREUD, S., 1953, Three Essays on the Theory of Sexuality, *Standard Edition of the Complete Psychological Work of Sigmund Freud*, London, Hogart Press, vol. 7.

KEGEL, A., 1952, Sexual Functions of the Pubococcygeus Muscle, *Western Journal of Sex, Obstetric and Gynecology*, octobre, 521-524.

KINSEY, A.C., POMEROY, W.B., MARTIN, C.E., 1953, *Sexual Behavior in the Female*, Philadelphie, Saunders.

LOPICCOLO, J., LOBITZ, W.C., 1972, The Role of Masturbation in the Treatment of Orgasmic Dysfunction, *Archives of Sexual Behavior*, vol. 2, n° 2, 163-171.

MASTERS, W.E., JOHNSON, V.E., 1970, *Human Sexual Inadequacy*, Boston, Little Brum and Co.

RAY, Sondra, 1976, *I deserve Love*, Milbrae (California), Ed. Les Femmes.

REISINGER, J.J., 1974, Masturbatory Training in the Treatment of Primary Orgasmic Dysfunction, *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychology*, vol. 5, 19-183.

VAN DE VELDE, T.H., 1930, *Ideal Marriage*, New York, Random House.

SUMMARY

This article deals with the treatment of pre-orgasmic women. Following a short description of the evolution of therapies, the authors define pre-orgasm and its treatment. The authors then present the sequence of treatment sessions and the results obtained in relation to the following aspects: respect for rules and assiduity, age groups, reactions to exercises, relation to partner, methods of undermining, group climate, use of personal creativity and, finally, the effects of therapy on the life of the couple. In conclusion, the authors underline the generalizing effect, produced by improvement in sexual relations on several other aspects of the lives of participants, and on their couple relationship.