



**HAL**  
open science

## **La contrainte consentie : après le DSM-5, quelle thérapie BDSM ?**

Bernard Andrieu, Asia Luy, Claire Lahuerta

### ► **To cite this version:**

Bernard Andrieu, Asia Luy, Claire Lahuerta. La contrainte consentie : après le DSM-5, quelle thérapie BDSM ?. L'Évolution Psychiatrique, 2019, 84 (2), pp.261-276. <10.1016/j.evopsy.2018.10.006>. <hal-02169922>

**HAL Id: hal-02169922**

**<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-02169922v1>**

Submitted on 25 Oct 2021

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons CC BY-NC 4.0 - Attribution - Non-commercial use - International License

**La contrainte consentie**  
**Après le DSM-5, quelle thérapie BDSM ?**

**Consenting to constraint :**  
**After the DSM-5, how can we view BDSM Therapy ?**

Bernard Andrieu 1\*, Claire Lahuerta 2, Asia Luy 3

1 Professeur de Philosophie des corps, EA 3625 « Techniques et Enjeux du Corps », UFR STAPS, Staps université Paris Descartes, Sorbonne Cité Paris, 1, rue Lacretelle, 75015 Paris, France

2 Professeur en Arts plastiques Esthétique Université de Lorraine, EA 3476 CREM, UFR Arts, Lettres et Langues-Metz, Université de Lorraine

3 Praticienne, Anvers

\*Auteur correspondant : M le Pr. Bernard Andrieu

Adresse e-mail : [bernard.andrieu@parisdescartes.fr](mailto:bernard.andrieu@parisdescartes.fr)

Toute référence à cet article doit porter mention : Andrieu B, Lahuerta C, Luy A. La contrainte consentie. Après le DSM-5, quelle thérapie BDSM ? *Evol psychiatr* 2018 ; 84 (2) : pages (pour la version papier) ou URL [date de consultation] (pour la version électronique).

## Résumé

### Objectifs

Le BDSM (est un acronyme imbriqué faisant référence aux pratiques de bondage et de discipline, de domination et de soumission, de sadisme et de masochisme. *L'American Psychiatric Association* a « dépathologisé », après le DSM-IV, malgré sa justification clinique, le *kinky sex* - y compris le *cross-dressing*, les fétiches et le BDSM - dans le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, cinquième édition (DSM-5). Désormais, les paraphilies sont considérées comme des « intérêts sexuels inhabituels ».

### Méthodes

Plusieurs études psycho-sexologiques, que nous analysons ici, utilisent les pratiques sadomasochistes, dites BDSM (Bondage, Discipline, Domination, Soumission, Sadomasochisme) comme des études de cas psychiques, non plus comme comportements déviants, mais bien au contraire en termes de conduites « communes », car adoptées par un grand nombre d'individus. Ces individus utilisent la contractualisation consentie dans un cadre précis, qui peut être un apport considérable dans l'accueil thérapeutique.

### Résultats

Plutôt que de les considérer comme une perversion, les études actuelles sur la psychiatrie du BDSM et la psychologie des *subsexualities* ont renversé l'analyse déviante en une étude scientifique des effets des pratiques BDSM notamment sur leurs bénéfices sur l'humeur, sur le stress ou sur la dépression.

### Discussion

Le projet *BDSM et thérapie* est soucieux d'articuler les risques possibles du jeu BDSM et de clarifier les situations limites où le jeu BDSM n'est pas sain ou utile. La thérapie BDSM a-t-elle pour objectif de régulariser les pratiques BDSM et de les calibrer ? Certains membres de la communauté BDSM ont exprimé les points suivants :

- Des barrières sociales peuvent se développer entre soi et les amateur(e)s
- Aliénation et isolement par la stigmatisation qui peut produire des stéréotypes négatifs intériorisés
- Risques liés à des limites poussées trop loin (mal identifiées en amont) dans une scène
- Potentiel de déshumanisation et de destruction du BDSM dans certaines situations *unsafe* du BDSM.

### Conclusion

La thérapie BDSM, tant dans la clinique que dans la pratique communautaire, repose sur le consentement et le respect des limites de chacun·e (*safe et secure*). Le SM peut être une psychothérapie pour le/la soumis(e) mais

aussi pour le / la dominant(e). La thérapie BDSM consisterait, par la contrainte, à modifier le sens de la souffrance corporelle pour transformer celle-ci : le BDSM n'implique pas nécessairement de douleur (fluctuant par exemple dans les pratiques de bondage ou de domination psychologique ; par ailleurs la dimension sexuelle y est très variée, parfois non génitale, voire absente). Pour fonctionner, le processus thérapeutique BDSM exige au moins trois conditions : 1) la relation BDSM engage un(e) dominant(e) et un(e) dominé(e) volontaires ; 2) ce binôme érotique fonctionne dans un cadre strictement codifié ; 3) le/la dominant(e) est « thérapeutisant(e) » en ce qu'il fait preuve d'empathie envers le/la dominé(e) ; le/la dominé(e) respecte les limites du/ de la dominant(e) 4) le flux est à double sens avec les « souminatrices » par exemple, qui sont des soumises résistantes et désobéissantes, explorant leurs propres limites au contact du/ de la dominant(e).

**Mots clés** : Contrainte ; Consentement ; Psychothérapie ; DSM-5 ; BDSM ; Comportement sexuel ; Nosographie psychiatrique

## **Abstract**

### **Objective**

BDSM is a nested acronym referring to practices of bondage and discipline, domination and submission, sadism and masochism. In the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5), the American Psychiatric Association despite its clinical justification, has depathologized "kinky sex - including cross-dressing, fetishes and BDSM. Paraphilias are now considered as "unusual sexual interests".

### **Method**

Several psycho-sexological studies, which we analyze here, use sadomasochistic practices known as BDSM (Bondage, Domination, Sadomasochism) as psychic case studies, no longer as deviant behaviors, but on the contrary as "common" behaviors because they are adopted by a large number of individuals. These individuals use contracted consent in a specific context, with potential in a therapeutic context.

### **Result**

Rather than considering these practices as a perversion, current studies on BDSM and the psychology of subsexualities have turned the analysis of deviance into a scientific study of the effects of BDSM practices, particularly their benefits on mood, stress or depression.

### **Discussion**

The BDSM and Therapy project is also concerned with managing the possible risks of BDSM play and clarifying borderline situations where BDSM play is neither healthy nor useful. Does BDSM therapy aim to regulate practices and calibrate them? Members of the BDSM community have made the following points: • Social barriers can develop between individuals and other followers • Alienation and isolation by way of stigmatisation, producing internalized negative stereotypes • The risk of extending boundaries too far in a scene • The potential for dehumanization and destruction in BDSM (unsafe situations).

### **Conclusion**

BDSM therapy, both in clinical and in community practice, is based on consent. BDSM can provide a psychotherapy for the submissive subject, and also for the dominant character. BDSM, by way of the constraint involved, could alter the meaning of bodily suffering. BDSM does not always involve pain (it is for instance fluctuating in bondage or mental domination practices, and the sexual dimension varies considerably, and may be non-genital or even absent). In order to function, the BDSM therapeutic process requires at least three conditions: 1) the BDSM relationship involves a volunteering dominant and dominated; 2) this erotic pair acts in a strictly codified setting; 3) the dominant is "therapeutic" in that he/she shows empathy for the dominated.

**Key-Words :** Constraint; Consent; Psychotherapy; DSM-5; BDSM; Sexual behavior; Psychiatric Nosography

## 1 Après le DSM-5

Le BDSM (Bondage, Discipline, Domination, Sado-masochisme) est un acronyme imbriqué faisant référence aux pratiques de bondage et de discipline, de domination et de soumission, de sadisme et de masochisme. *L'American Psychiatric Association* a « dépathologisé », après le DSM-IV [1] malgré sa justification clinique [2], le *kinky sex* - y compris le *cross-dressing*, les fétiches et le BDSM - dans le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, cinquième édition (DSM-5) [3]. Désormais, les paraphilies sont considérées comme des « intérêts sexuels inhabituels », tandis que les personnes ayant des rapports sexuels avec des enfants ou des personnes qui n'ont pas consenti ou qui causent délibérément un préjudice à elles-mêmes ou à autrui peuvent être atteintes d'un trouble paraphilique. Ainsi le DSM-5 précise pour le masochisme : « En revanche, s'ils ne déclarent aucune détresse, illustrée par l'anxiété, les obsessions, la culpabilité ou la honte, à propos de ces impulsions paraphiliques, et ne les empêchent pas de poursuivre d'autres objectifs personnels, ils peuvent être considérés comme ayant un intérêt sexuel masochiste diagnostiqué avec un trouble du masochisme sexuel » ([3], p.694). La déficience clinique n'est plus rattachée à un comportement associé de déviance sexuelle : « De nombreuses personnes qui s'identifient comme praticiennes fétichistes ne signalent pas nécessairement une déficience clinique en association avec leurs comportements associés au fétichisme. De tels individus peuvent être considérés comme ayant un trouble fétichiste mais non fétichistes » ([3], p 701.). Il conviendrait cependant, dans la perspective d'une thérapie BDSM, de ne plus considérer dans ce cadre le fétichisme comme étant de fait un trouble mais plutôt une « pratique inhabituelle », conformément aux nomenclatures actuelles. Et de distinguer les situations d'anxiété, de culpabilité ou de honte pour ce qu'elles évoquent dans ou hors du *role-play*. Dès lors que ces ressentis sont circonscrits au jeu BDSM, ils ne peuvent être

apparentés à un trouble ou à une déficience clinique. C'est lorsque que l'engagement BDSM produit une anxiété, un sentiment de honte ou de culpabilité persistant en dehors du jeu consenti et bien au-delà des séances que le trouble peut être évalué sur un plan clinique.

Richard B. Kruger, directeur médical de la *Sexual Behavior Clinic, New York State Psychiatric Institute*, défend la thèse que les troubles de l'identité sexuelle et de genre relèvent de la catégorie sadisme sexuel mais seulement pour les cas médico-légaux, provoquant une réaction forte dans la communauté des psychiatres proches des communautés BDSM :

« J'ai examiné la littérature empirique pour 1900-2008 sur la paraphilie du sadisme sexuel pour le groupe de travail sur les troubles de l'identité sexuelle et de genre pour la cinquième édition prochaine du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM). Les résultats de cette revue ont été regroupés dans un résumé général des critiques concernant le diagnostic DSM du sadisme sexuel, l'évaluation du sadisme sexuel à l'aide du DSM dans des échantillons prélevés sur des populations médico-légales et l'évaluation du sadisme sexuel dans les populations médico-légales. Je conclus que le diagnostic de sadisme sexuel doit être retenu, que des modifications minimales du libellé de ce diagnostic sont justifiées et qu'il est nécessaire de mettre au point des instruments de diagnostic dimensionnels et structurés » [4].

En assimilant les problématiques liées aux identités de genre à des troubles, et ces troubles au sadisme sexuel, l'analyse induit un biais délétère et infondé par sa généralisation. Il convient de ne pas porter un jugement en tant que clinicien [5] ni sur les pratiques *kinky*, ni sur les identités de genre, et de distinguer correctement ce qui relève d'un trouble, d'une pathologie, ou d'une singularité qui dans ce dernier cas n'a pas à être listée sur un tableau clinique.

Dans sa réponse du 30 janvier 2010, Susan Wright au nom du NCSF *National Coalition of Sexual Freedom* dénonce la pathologisation du BDSM qui alimente sa stigmatisation clinique :

« Si une approche dimensionnelle à l'évaluation est créée, elle doit clairement différencier la médecine légale, les populations et les praticiens du BDSM. NCSF consulte souvent des personnes qui souffrent de détresse et de déficience dans leurs relations sociales et leur vie professionnelle (difficultés interpersonnelles) parce que leurs désirs sont en conflit avec les normes sociétales. Ces normes découlent en grande partie du DSM lui-même: la pathologisation des intérêts sexuels inhabituels ont conduit à plus de discrimination et ont découragé les individus de rechercher un traitement des problèmes de santé physique et mentale. Par conséquent, la liste actuelle par laquelle la détresse et la déficience sont diagnostiquées doit être rejetée car les normes sociétales ne peuvent pas être confondues avec la base par laquelle un trouble mental est déterminé » *1*

Il convient donc de séparer le comportement de la pathologie Paraphilia [6], ce en quoi le DSM-5 a pu contribuer depuis 2013 pour autant qu'il soit bien interprété : Tania Glyphe, thérapeute au *London Central Counselling* spécialisé en *Sex and Relationship therapy with a focus on gender, sexual and relationship 2* indique :

« jusqu'au DSM-5 de 2013, les personnes perverses pouvaient être considérées comme souffrant d'une "paraphilie", étant donné que le sadisme, le masochisme et le fétichisme y étaient énumérés et qu'en tant que tels, ils pouvaient être considérés comme fondamentalement désordonnés. Les personnes qui appréciaient les *kink* étaient des études de cas, psychologiquement endommagées et susceptibles de nuire

1 <https://ncsfreedom.org/images/stories/pdfs/DSM/ncsf-response-sadism-masochism.pdf>

2 <https://londoncentralcounselling.com/author/tglyde/>

aux autres. Les dominants étaient des sociopathes et des soumis sadiques agissant impuissants face aux abus passés. Maintenant, au moins, le comportement et la pathologie ont été séparés, ce qui constitue un pas dans la bonne direction. Pour être diagnostiqué avec un "trouble paraphilique" selon le DSM-5, il doit causer du tort ou de la détresse à vous-même ou à autrui, et il est reconnu que beaucoup de personnes sont assez à l'aise avec leurs pratiques consensuelles » [7]

## 2 Une nouvelle clinique

Plusieurs études psycho-sexologiques, que nous analysons ici, utilisent les pratiques sadomasochistes, dites BDSM comme des études de cas psychiques, non plus comme comportements déviants, mais bien au contraire en termes de conduites « communes », car adoptées par un grand nombre d'individus. Ces individus utilisent la contractualisation consentie dans un cadre précis et *secure*. Plutôt que de considérer le BDSM comme une perversion [8] en l'assimilant à l'homosexualité ([9], p. 99) comme cela a pu être le cas, induisant des raccourcis homophobes et psychophobes, les études actuelles sur la psychologie des *subsexualities* ont renversé l'analyse déviante en une étude scientifique des effets des pratiques BDSM notamment sur leurs bénéfices sur l'humeur, sur le stress ou sur la dépression. D'une part les caractéristiques psychiatriques liées au genre (psychiatrie de genre, dysphorie) sont actuellement mises en cause et amenées à plus de prudence terminologique et analytique ; d'autre part les pratiques démontrent, dans le milieu *queer* notamment, le bénéfice en termes *d'empowerment* et d'acceptation de soi des pratiques *safesex*, *sexpositive*, et/ou BDSM pour les personnes pratiquantes, sans que les deux (genre et sexualité) ne soient cependant nécessairement liés. Les conduites psychiatriques et psychothérapeutiques doivent

apprendre des avancées sociétales en dehors du modèle sadien [10], et ne plus considérer les rapports intersociaux et de développement individuel seulement en termes binaires, andocentriques, hétérosexuels ou normatifs mais prendre acte des expériences et des témoignages des personnes concernées, dans leur très grande diversité.

Si le BDSM a longtemps été corrélé à des pratiques binaires et pathologisantes, il reste à décrire, en sortant du modèle viriliste de la violence sadique du tortionnaire et du schéma hétéronormatif, ce que la personne consentante ressent dans le cours d'action lorsqu'elle est confrontée à la limite de ses représentations et de ses normes incorporées dans des situations contractualisées. Loin d'être une pratique de torture où la victime est non-consentante et le bourreau immoral, le BDSM est un mode de relations, « un échange de pouvoir consensuel » [11], entre une personne dominante et une personne soumise. Dans le BDSM, le principe consiste à donner ou prendre un pouvoir absolu qui, en réalité, n'est que le fait d'une tractation anticipée. Par ce jeu de négociations, les participants érotisent des sensations et/ou des émotions qui, dans un contexte non-érotique ou hors cadre, seraient considérées comme désagréables voire anxiogènes. Objets et relations confrontent chacun et chacune à des contraintes physiques et psychiques vers des états limites et contrôlés.

Les pratiques BDSM, hier assimilées à un vice que l'on devait cacher, sont aujourd'hui des expériences de plus en plus assumées et considérées comme un espace de ludicité [12]. Schématiquement, la relation BDSM implique de manière consentie [13] deux types de personnes qui fonctionnent en binôme : le/a dominant(e)/maître(sse) et le dominé /soumis(e).

La personne dominante peut user de divers moyens pour entraver le corps de celle dominée. La contrainte corporelle peut se faire à l'aide du corps du/de la dominé(e), au moyen d'objets ou du seul langage. Le/a dominant(e) peut se servir du visage du/ de la dominé·(e) comme siège humain obligeant le/a soumis(e) à contrôler sa respiration. Le/a dominant·(e) peut utiliser des objets comme un bâillon, de la corde (shibari), un siège de dentiste ou une

table de gynécologie, des menottes,... pour limiter le corps du/ de la soumis(e). Les références médicales et/ou psychiatriques sont régulièrement utilisées dans le *roleplay* : camisole, sangles, salle d'isolement, injections, sutures, usage de matériel médical, etc. La contrainte peut également se faire simplement au moyen du langage, sur ordres de la personne dominante. Le/a dominant·(e) peut entre autres interdire à la personne soumise de bouger, de regarder, de toucher/se toucher, de jouir, et contrôler tous ses faits et gestes à distance. En dehors de la sphère intime et des interactions entre deux partenaires, les jeux en club ou sous protocoles sont régis par des chartes BDSM qui sont systématiquement réévaluées en fonction des participant(e)s, des lieux dans lesquels se déroulent les pratiques (clubs, espaces privés ou privatisés), des degrés ou des catégories de *kink*. Ainsi certaines pratiques ou instruments sont autorisés ou interdits (à la discrétion des organisateurs, des responsables des lieux et des participants engagés) : le *role play* concernant le viol, les pratiques induisant l'émission de sang (aiguilles, cutting), les brûlures, ou les tortures sévères sont généralement proscrites dans ces circonstances, et réservées à des évènements identifiés comme particulièrement sadiques et sécurisés en fonction de ces spécificités. Les degrés de jeu sont donc soumis à une grande variabilité qui ne peut être réduite à une formalisation psychique ou psychiatrique. La qualité du ressenti psychologique peut même être améliorée dans certains cas.

Dans une étude récente, des chercheurs ont montré le grand intérêt pour les pratiques BDSM. Selon cette étude et conformément aux descriptions précédentes, il s'agirait plus d'une pratique corporelle que d'une pathologie [14]. En 2017 à Paris, Axelle et Zoé ont proposé d'allier le yoga et le BDSM, dans le but de passer d'une posture de yogi à celle de soumis <sup>3</sup>. Ces différentes initiatives montrent que les pratiques BDSM peuvent être une véritable pratique corporelle divertissante et bienfaisante pour toutes et tous dans une culture

<sup>3</sup> [www.helloasso.com](http://www.helloasso.com)

*mainstream*. Dans le *Dictionnaire du corps* [15], la sociologue Véronique Poutrain distingue le sadomasochisme actuel du sadomasochisme défini autrefois comme une pathologie. Le sadomasochisme « se base sur le consentement mutuel des partenaires, la négociation des fantasmes et le respect des limites de chacun, ce qui le vide de véritable sadisme ou masochisme. » Elle ajoute également que « cette relation particulière est caractérisée par une dimension énonciative (les partenaires énoncent de manière explicite qu'ils engagent ce type de relation), une dimension érotique ou bien sexuelle, une dimension ludique (les relations sont basées sur le jeu ou les jeux de rôles situés dans l'espace et le temps), une dimension symbolique et rituelle [...] et une dimension instrumentaliste [...], d'objets fétiches [...]. » Il conviendrait selon nous d'ajouter également la dimension thérapeutique. Nous envisagerons dans ce qui suit plus spécialement les dimensions ludiques et thérapeutiques, c'est dire le BDSM comme un loisir sérieux [12] en suivant les analyses de Robert Stebbins [16].

Les pratiques BDSM naguère clandestines, sont à présent plus aisément démocratisées. Outre certaines œuvres littéraires fondatrices plus anciennes, comme celle du marquis de Sade et celle de Sacher Masoch qui ont permis la découverte de ce type d'expérience pour les non-initiés, nous pouvons rappeler le livre de Pauline Réage, *Histoire d'O*. Souvenons-nous aussi du texte de Sacher Masoch illustré dans l'album *Soumission totale von Sacher Masoch* du dessinateur bruxellois Sérajat. Les diverses dimensions énonciatives, symboliques, rituelles, ludiques, érotiques, instrumentalistes parcourent l'ensemble du texte *Carnets d'une soumise de province* de l'écrivaine belge Caroline Lamarche. L'auteure résume son projet dès le début du livre ([17], p. 12): « L'homme qui aime la Renarde à la manière d'un maître exigeait que chacune de leurs rencontres fût suivie d'un « résultat ». La somme de ces résultats, le bilan de ces nuits et de ces jours, constitue l'histoire qui va suivre. » Le maître et sa soumise sont engagés dans une liaison librement consentie et le maître est celui d'autres soumises. Comme la soumise Renarde le dit : « Que vous conversiez, des heures durant, avec des candidates à la

soumission, m'est indifférent. Que vous puissiez, à toute heure, voir le cul ou leur con par écran interposé, qu'elles posent nues pour vous dans leur deux-pièces ou leur château, qu'elles se branlent pour la *webcam* et que vous soyez cet œil, cette voix, qui, à cent ou à mille kilomètres, commande leur plaisir à distance, je m'en fiche. Ma magnanimité est sans bornes. Du moins j'aime à le croire. » ([17], p. 146).

Très récemment, la sortie du roman populaire à succès *Cinquante nuances de Grey* qui raconte l'histoire de deux adultes consentants Ana, la soumise et Christian Grey, le dominant souligne tout particulièrement le caractère ludique du BDSM. Aussi paradoxal que cela puisse être, nous pouvons percevoir d'emblée, dès le début du roman, qu'il y a une grande liberté au travers ce type de rapport par la mise sur papier d'un contrat entre les deux parties. La soumise ([18], p.185-193) peut choisir, avant d'entamer des relations sexuelles avec son partenaire, les actes qu'elle souhaite : la masturbation, le cunnilingus, la fellation, la pénétration anale... Elle peut également choisir l'usage des accessoires : le vibromasseur, le plug anal, etc. Elle a aussi le choix du type de punition qui lui sera infligé : la fessée, le fouet, les pinces à seins, la cire chaude. La soumise est donc libre de décider de toutes les pratiques auxquelles elle consent. Elle dispose d'un contrat qui la lie à son maître et adopte un code (*safeword*) pour signaler que la séance BDSM doit stopper si nécessaire. Ce code lui est rappelé avant les séances encadrées par son maître, Christian Grey.

Si le roman –suivi de son adaptation cinématographique- est intéressant en termes de démocratisation des pratiques BDSM et ainsi d'un recul de la stigmatisation des pratiques sexuelles inhabituelles dans la sphère hétéronormative, il reconduit toutefois certains écueils qui ont été vivement critiqués par de nombreux bdsmes. L'histoire perpétue de nombreux clichés, parfois présents dans la communauté BDSM –mais qui, comme toute évolution sociétale, tend à s'estomper : c'est le cas par exemple du binôme caractéristique homme dominant / femme soumise. Mais aussi de l'ingénuité de la soumise face à un

dominant blanc, mâle, hétérosexuel, ciscentré et socialement écrasant. Les pratiques y sont décrites avec élégance et sans recours à une humiliation manifeste, et toujours associée à une issue romantique. Or la réalité des pratiques BDSM est bien plus complexe, subtile et inclusive que ce que cette histoire donne à voir.

Par l'ensemble des médias, la variété des pratiques est aujourd'hui rendue visible et accessible au plus grand nombre, notamment au travers de la littérature, de la bande dessinée <sup>4</sup> et du cinéma [19]. Mais aussi des réseaux sociaux qui rassemblent une grande partie de la communauté et diffusent les pratiques vers les plateformes (Facebook, Instagram par exemple). La dimension artistique et performative est également une voie de démocratisation du BDSM en dehors des sphères dédiées –comme le réseau social *Fetlife* <sup>5</sup>, ou de nombreux festivals ou nuits thématiques (comme la Nuit Démonia).

### **3 La formation des thérapeutes à la clinique BDSM**

Si l'on considère l'ensemble des bénéfices sus-décrits du BDSM sur les usagers, on comprend en quoi les modifications du DSM-5 peuvent aider à une meilleure prise en charge individuelle. Des recherches récentes aux Pays-Bas ont en effet démontré que le BDSM est plus un loisir récréatif qu'une pathologie [20]. Une étude en Belgique [14] corrobore ces recherches et souligne le grand intérêt du BDSM allant dans le sens d'une « déstigmatisation » et d'une « dépathologisation » du phénomène. Des recherches dans les pays anglo-saxons promeuvent des analyses similaires [21]. La chercheuse anglaise Meg Barker allait déjà dans le même sens que Tania Glyde en 2007 dans son article « *Situating sadomasochism* » [22]. Par ailleurs, de nombreux praticiens se tournent vers la thérapie *Kink*.

4 Andrieu B. Bd-SM. Comment s'agenrer ? Dijon : Ed Le Mumure ; 2019. *A paraître*

5 <https://fetlife.com>

Il existe par exemple un réseau de chercheurs américain *Kink and Poly Aware Chicago Therapists* (KPACT) pour les professionnels traitant les patients « *Kink* », c'est-à-dire des personnes au goût sexuel « inhabituel », notamment BDSM et polyamoureux. Ces chercheurs considèrent que l'acceptation des pratiques BDSM des patients facilite l'accès à la thérapie, dont la demande de prise en charge n'a parfois aucun lien avec ces pratiques érotiques mais restent marquée par ces singularités. Les individus non monogames et sexuellement diversifiés notamment - bien que les bdsmes ne soient pas nécessairement polyamoureux ni dans des expériences sexuelles - sont souvent victimes de discrimination ou de stigmatisation dans divers domaines des services professionnels, y compris les soins de santé mentale : « Ces cas requièrent des connaissances, des compétences et une prise de conscience pour fournir des soins adaptés à la culture, souvent appelés «thérapie *kink* présence» ou «thérapie poly amicale» au sein de communautés de sexualité alternatives » [23].

Nous avançons ici que les pratiques BDSM elles-mêmes peuvent être thérapeutiques en partant de l'hypothèse que, sous certaines conditions encadrées par cette nouvelle clinique, un(e) dominant(e) peut d'une certaine façon jouer le rôle d'un véritable thérapeute. Cette nouvelle thérapeutique ne concernerait que les personnes en demande de soins spécifiques et éclairés, et ne doit pas être confondue avec une surmédicalisation des personnes pratiquant le BDSM. Si le BDSM a bien des vocations et des issues émancipatrices démontrées, il ne s'agit en aucun cas de professionnaliser l'ensemble de ces pratiques, ni d'en déduire qu'elles seraient nécessairement curatrices. Elles doivent être associées à la prise en compte d'autres problématiques parfois corrélées, comme le genre, le polyamour, ou la neurodiversité.

Les psychiatres ont du développer un guide [24] précis pour accueillir et accompagner le choix d'un thérapeute [25] pour les personnes aux pratiques *postgender* et BDSM. Dans un guide adressé au sein même des sites communautaires comme le *National Coalition of Sexual Freedom* situé à Baltimore: « La *Coalition nationale pour la liberté sexuelle* (NCSF) a été

créée en 1997 par un petit groupe dirigé par Susan Wright sous les auspices des militants de New York. L'objectif était de lutter pour la liberté sexuelle et le droit à la vie privée pour tous les adultes qui adoptent un comportement sain, consensuel et sûr ». Le lien avec les organisations d'activistes et les partenaires favorisent des contenus de formation à partir des acteurs et actrices pour moins contrôler les pratiques.

« Les cinq premières organisations qui se sont jointes ont reflété notre désir d'être une organisation nationale: *National Leather Association-International, Gay Male S/M Activists, The Eulenspiegel Society, Black Rose, Society of Janus*. Aujourd'hui, le NCSF a plus de 50 partenaires de la coalition qui élisent le conseil d'administration du NCSF et établissent nos objectifs lors de la réunion annuelle des partenaires de la coalition. Les partenaires de la coalition sont des groupes et des entreprises qui servent les praticiens du BDSM, du swing et du polyamour et soutiennent également le NCSF en organisant une collecte annuelle de fonds. NCSF a également plus de 50 membres de soutien - groupes et entreprises qui soutiennent NCSF. Au fil des ans, le NCSF a noué des alliances avec d'autres organisations qui défendent les droits à la liberté sexuelle: *Coalition pour la liberté d'expression, ACLU, Association américaine des éducateurs et thérapeutes du sexe, Alliance des activistes gays et lesbiennes*, entre autres » 5.

Cette coopération entre psychiatres, pratiquant(e)s communautaires et militant(e)s crée une communication directe et particulièrement efficace pour repenser la question du genre dans l'élaboration d'une clinique non stigmatisant le BDSM. Ainsi le CARAS 6 *Community-*

5 "The NCSF is committed to creating a political, legal and social environment in the US that advances equal rights for consenting adults who engage in alternative sexual and relationship expressions. The NCSF aims to advance the rights of, and advocate for consenting adults in the BDSM-Leather-Fetish, Swing, and Polyamory Communities. We pursue our vision through direct services, education, advocacy, and outreach, in conjunction with our partners, to directly benefit these communities".  
<https://ncsfreedom.org/component/content/article/494.html>

6 <https://carasresearch.org/professional/BDSM-and-therapy-project>

*Academic Consortium for Research on Alternative Sexualities* a conçu une formation continue pour les psychologues mais aussi pour la communauté BDSM : « La mission du BDSM et du projet de thérapie est d'accroître les connaissances et les compétences des thérapeutes lorsqu'ils servent des personnes ayant une sexualité BDSM et d'éduquer la communauté BDSM sur la thérapie de haute qualité et la manière d'interagir avec ces fournisseurs de soins de santé mentale » 7.

Dans cet échange à double flux, la thérapie BDSM prend appui sur trois facteurs : la pratique thérapeutique, la connaissance portée par le militantisme, et les témoignages des personnes concernées. Des caractéristiques centrales dans la pratique thérapeutique sont alors mises en avant : la notion de sécurité du patient –y compris la bienveillance ressentie face au thérapeute-, la prise en compte éclairée de la notion de consentement, et l'interaction potentielle déjouant le modèle oppressif sachant / apprenant, qui peut être envisagée comme une modalité d'exercice du transfert, mais adaptée dans les TCC et hors champ psychanalytique.

La critique commune et la recherche des bonnes pratiques pour d'un commun accord prendre en compte la santé mentale sans stigmatisation sont essentielles : « Le BDSM et le projet de thérapie documenteront les meilleures pratiques thérapeutiques, du point de vue de la communauté et du point de vue des thérapeutes possédant une vaste expérience de travail avec la communauté BDSM. Cela comprendra l'exploration des obstacles communs à la thérapie de haute qualité et aux services de santé mentale éprouvés par la communauté

7 Kink Knowledgeable Program - online training around therapy and BDSM : <https://training.kinkknowledgeable.com>

Kink Knowledgeable eLearning Program, in partnership with the Community-Academic Consortium for Research on Alternative Sexualities (CARAS), provides courses that meet the criteria for Continuing Education for psychologists. CARAS is approved by the American Psychological Association to sponsor continuing education for psychologists. CARAS maintains responsibility for this program and its content. These courses may also provide CE credit for marriage and family therapists, licensed professional counselors, and licensed clinical social workers, depending on the regulations and laws for each state concerning recognition of CE credit that meets the criteria for APA continuing education.

BDSM » 8. La connaissance de la culture BDSM doit faciliter aux thérapeutes la compréhension des modes de vie : « Le BTP a créé un DVD de formation destiné aux conseillers et aux thérapeutes, démontrant certains aspects des soins culturellement compétents lorsque l'on travaille avec des clients qui expriment la sexualité BDSM. Ce DVD s'intitule *Therapy with BDSM Clients* » 9.

Des évaluations plus systématiques peuvent aider à considérer le BDSM comme un jeu dont les règles ont été définies par les acteurs eux-mêmes :

- « • Développer de meilleures compétences en négociation / communication
- Possibilités d'exploration de soi
- Apprendre ses propres limites
- Avoir des expériences de liberté personnelle
- Accéder au «côté obscur» de la personnalité en toute sécurité
- Possibilités de connexion et d'intimité » 10

Ce guide de bonne conduite est aussi un moyen d'opérer une régulation dans les pratiques BDSM qui comprennent des risques réels, effectivement identifiés dans le champ des pathologies associées par les actuelles délimitations du DSM-5 :

« Le projet BDSM et thérapie est également soucieux d'articuler les risques possibles du jeu BDSM et de clarifier les situations où le jeu BDSM n'est pas sain ou utile. Les membres de la communauté BDSM ont exprimé les points suivants:

- Des barrières peuvent se développer entre soi et les amateurs
- Risques d'aliénation et d'isolement par la stigmatisation, stéréotypes négatifs intériorisés

8 *Ibid.*

9 *Ibid.*

10 *Ibid.*

- Avoir des limites poussées trop loin dans une scène
- Risque potentiel de déshumanisation et de destruction par le BDSM » *11*.

L'apport du DSM-5 dans les pratiques BDSM est ainsi à double niveau : il permet une meilleure connaissance des pratiques « inhabituelles » et une prise en charge adaptée des thérapeutes pour des usagers qui ne doivent pas être stigmatisés ou auxquels de faux diagnostics seraient attribués, avec les conséquences délétères induites. Il permet aussi de diffuser des consignes éprouvées dans le milieu BDSM à des fins d'avertissement des usagers, et de mettre à leur disposition un réseau thérapeutique *safe*.

Pour autant il ne s'agit pas de certifier quels seraient les « bons » thérapeutes BDSM [26] en une liste officielle et recommandée, comme on peut le lire dans les associations certificatives en psychologie, psychiatrie et psychanalyse : point de garantie de professionnalité mais une structure dialogique :

« Afin d'éviter le chevauchement des missions avec d'autres initiatives communautaires établies, notamment l'initiative *Kink Aware Professionals* (KAP) actuellement hébergée par la Coalition nationale pour la liberté sexuelle (NCSF), la portée du BTP ne comprendra pas la création d'une liste de Thérapeutes ou fournisseurs amicaux ou amicaux de BDSM. Cela ne comprendra pas la proposition de services thérapeutiques directs à la communauté. Il n'inclura pas de *lobbying* pour des changements de politique dans une agence gouvernementale ou une organisation professionnelle » *12*.

Pourtant, dans la réalité, une enquête révèle que si la présence d'un pratiquant BDSM dans les consultations est avérée comme minorité visible, sur 766 thérapeutes consultés par Internet seulement 46% s'estiment compétents :

*11 Ibid.*

*12 Ibid.*

« Les participants à des comportements sexuels alternatifs ou «pervers» constituent une minorité assez importante pour que les psychothérapeutes puissent les voir dans leurs pratiques. Cependant, ceux qui pratiquent le bondage et la discipline (BD), la domination et la soumission (DS) et le sadisme et le masochisme (SM) (BDSM) craignent que les prestataires de soins de santé mentale considèrent le BDSM comme une preuve de psychopathologie. Cette recherche a utilisé une enquête sur Internet auprès de 766 thérapeutes aux États-Unis pour évaluer les attitudes des thérapeutes envers la communauté BDSM. 66% de l'échantillon a déclaré avoir traité au moins un client engagé dans le BDSM, bien que 48% seulement se considèrent compétents dans ce domaine. Les attitudes vis-à-vis du BDSM étaient liées aux variables sociodémographiques et à la compétence perçue » [27].

La nécessité de connaître la culture [28] BDSM est nécessaire pour prendre en compte les sujets dans une clinique [29]. Par ailleurs les « pratiques sexuelles inhabituelles » sont parfois secondaires et associées à des troubles, et une méconnaissance de ces singularités –si elles sont considérées comme perverses par exemple- peut biaiser un diagnostic, masquant un TSA au profit d'un trouble dysphorique de genre par exemple. Les effets sur le(a) patient(e) sont désastreux lorsqu'un mauvais diagnostic est posé, dans sa perception de lui/elle-même, dans son rapport au monde, et dans la prise en charge dont il aurait pu bénéficier en vue d'une amélioration de son bien-être. La nécessité de bien situer la place de ces pratiques dans la demande de consultation est primordiale.

Cara Dunkley et Lori Brotto ont étudié la littérature concernant la santé psychologique des praticiens du BDSM et les problèmes cliniques dans le traitement des praticiens du BDSM. Six considérations cliniques ont émergé de l'étude des psychologues et de leurs relations au sujet du BDSM. :

1. Il convient de situer la demande de prise en charge par le praticien : « Le problème avec lequel le client cherche de l'aide n'est peut-être pas lié à l'implication du BDSM et, dans de tels cas, le BDSM ne devrait pas être au centre de son traitement ».

2. Dans le contre transfert le psychologue doit être conscient « de sa réaction émotionnelle à l'implication du client dans le BDSM ».

3. Il convient aux professionnels de garantir la non-divulgence car « la peur des évaluations négatives peut empêcher les praticiens du BDSM de divulguer leurs préférences sexuelles aux professionnels de la santé mentale ».

4. Une compétence culturelle est nécessaire pour avoir « une connaissance générale des pratiques BDSM, des valeurs culturelles et des phénomènes associés ».

5. La modélisation des dynamiques des relations étroites entre praticiens du BDSM est utile pour le praticien pour comprendre « le développement et le maintien de ces relations interpersonnelles ».

6 Il faut être capable « de distinguer le BDSM de l'abus et de la pathologie, ainsi que d'identifier les abus dans une relation BDSM, le cas échéant » ([30], p. 4).

Eviter toute stigmatisation [31], notamment dans le management des institutions et des thérapeutes, est la priorité dans la thérapie sans prétendre soigner les patients d'une éventuelle pratique du BDSM, mais bien être à l'écoute de la complexité et de l'intercorporéité afin d'évaluer si la contrainte est très clairement consentie et si le sujet reste libre dans ces contrats et décisions. La thérapie vise dès lors moins à guérir qu'à conseiller [32] pour garantir au sujet BDSM un cadre auto-réflexif sur ses pratiques.

#### **4 La personnalité du sujet BDSM**

Réinscrire la pratique du BDSM dans le curriculum du sujet pose le problème de sa divulgation même si la contrainte psychocorporelle est depuis le début intégrée dans la pratique sexuelle :

« La plupart des répondants ont déclaré que leurs intérêts en matière de BDSM commençaient avant l'âge de 15 ans, créant parfois une phase d'anxiété et de honte en l'absence d'informations rassurantes. En tant qu'adultes, les répondants considéraient souvent que le BDSM était au centre de leur sexualité, de sorte que la divulgation faisait partie intégrante de la datation. Les décisions en matière de divulgation dans des situations non décourageantes étaient souvent des considérations complexes qui alliaient le désir de convenance à un désir de connexion et d'honnêteté » [33].

La personnalité du sujet, en fonction de ses pratiques de soumission et de domination, a été évaluée chez les praticiens du BDSM ayant des préférences auto-identifiées en fonction de « leurs niveaux de désir de contrôle, d'empathie, d'honnêteté, d'émotivité, d'extraversion, d'agrément, de conscience estime et satisfaction de la vie ». À travers une enquête des praticiens du BDSM (n = 270; 80 dominants et 190 soumis) qui ont rempli un questionnaire en ligne des différences d'engagement psychiques et d'activité émotionnelle, apparaissent : « Les dominants obtenaient un score significativement plus élevé que les soumis sur le désir de contrôle, d'extraversion, d'estime de soi et de satisfaction de la vie. Les soumis ont un score significativement plus élevé que les dominants sur l'émotivité. Les dominants et les soumis ne différaient pas en termes d'empathie, d'honnêteté, d'humilité, de conscience, d'ouverture à l'expérience, d'altruisme ou de sentiment d'agréable » [34].

La thérapie BDSM est une contrainte psychocorporelle dans un environnement érotique mais parfois sans acte sexuel [35]. Le soumis agit sur ordre du maître et pour le maître. Comme l'écrit Sartre dans *L'Être et le néant* ([36], p. 428):

« Le masochiste a beau se traîner à genoux, se montrer dans des postures ridicules, se faire utiliser comme un simple instrument inanimé, c'est pour l'*autre* qu'il sera obscène ou simplement passif, pour l'*autre* qu'il subira ces postures ; pour lui, il est à jamais condamné à *se les donner*. » Le masochiste n'existe que lorsqu'il est regardé par le sadique. Selon la dominatrice professionnelle K. C. Rourke, les apprentis soumis « développent l'estime d'eux-mêmes qui leur manquait pour devenir plus indépendants. » ([37], p. 133)

Les différences entre la sexualité sans BDSM qui recherche l'orgasme et celle avec BDSM sont clairement déterminantes pour les pratiquant(e)s : Pour Brandy L. Simula, Directrice fondatrice de *the Community-Academic Consortium for Research on Alternative Sexualities (CARAS)*

« trois mécanismes de différenciation primaire sont identifiés. Tout d'abord, les participants au BDSM ont construit le sexe comme nécessitant un contact génital, tout en définissant le BDSM sexuel comme créant un épanouissement sexuel ne nécessitant pas d'indicateurs normatifs des expériences sexuelles (par exemple, l'orgasme). Deuxièmement, les participants ont construit le BDSM sexuel comme étant centré sur des expériences émotionnelles et mentales, tout en percevant le sexe comme centré sur des expériences physiques. Troisièmement, les participants ont perçu les expériences sexuelles BDSM comme facilitant des liens interpersonnels plus profonds que ceux disponibles dans le sexe » [38].

On note ainsi une multitude de bénéfices dans la pratique BDSM, que ces bénéfices soient liés ou non à une sexualité active.

## **5 Une modification de conscience**

Pour le psychologue Pr. Brad J. Sagarin et son équipe de la *Northern Illinois University Department of Psychology*, les effets peuvent être encore plus profonds. L'enquête a porté sur le potentiel qu'ont les activités sadomasochistes à provoquer des états altérés de la conscience à partir de la mesure d'un état altéré aligné avec le flow de Csikszentmihalyi (1991) (mesuré avec *the Flow State Scale*) et que le flow était associé à une hypofrontalité transitoire de Dietrich (2003) mesuré avec le *Stroop test*: « Les dominants montrent des signes de flow », explique Sagarin, « un état très agréable qui se produit lorsque les personnes sont au maximum de leur performance et se déconnectent du reste du monde. Le soumis semble entrer dans un état modifié de conscience différent, que la communauté BDSM qualifie de “subspace” – un sentiment agréable et intemporel, semblable à celui de flotter. » [39] Sagarin attribue les changements dans la conscience d'un soumis à une baisse temporaire de l'activité de son cortex préfrontal, qu'on pense faire partie intégrante de l'expérience euphorique et dissociative des coureurs d'endurance, des personnes pratiquant la méditation, et des individus sous hypnose. « La conscience qu'on a de nous-mêmes est une des choses qui réside dans le cortex préfrontal », précise Sagarin. « Quand cette partie du cerveau se retrouve régulée à la baisse, nous pouvons cesser de faire la distinction entre nous-même et l'univers. »

La modification de conscience est ainsi provoquée par un sentiment d'osmose avec l'expérience du corps vivant qui produit des modifications hormonales mesurables [40]: vivifié par la contrainte interne exercée dans le vivant par un tiers sans le contrôle de sa volonté, le sujet soumis découvre la profondeur sans limite des sensations internes. L'abandon de toute volonté propre, remise par contrat à l'autre, procure une expérience négociée de la douleur. Les études, menées par le sociologue du *Buffalo State College*, explorent les façons dont les membres d'une communauté BDSM « encadrent, interprètent et comprennent le rôle de la douleur dans leurs activités de BDSM, vers la réalisation ultime de l'authenticité dans les expériences d'interaction sociale déséquilibrée ». Si l'expérience de la douleur est perçue de

manière négative pour trois quart des enquêtés, il existe « un discours minoritaire dans la communauté où l'apport et l'expérience de la douleur sont présentés comme une expérience sociale, charnelle et émotionnelle souhaitable » [41].

Au cours des pratiques BDSM, des mesures physiologiques du cortisol et de la testostérone salivaires (hormones associées au stress et à la dominance, respectivement), et des mesures psychologiques de la proximité de la relation avant et après la participation aux activités BDSM ont pu être faites auprès de 58 praticiens sadomasochistes (SM) ; lors des activités observées comprenant l'esclavage, la privation sensorielle, une variété de stimulations douloureuses et agréables, la communication verbale et non verbale et les expressions de compassion et d'affection, il est repéré que:

« Pendant les scènes, le cortisol a augmenté de manière significative pour les participants qui étaient liés, recevaient une stimulation et suivaient les ordres, mais pas pour les participants qui fournissaient la stimulation, les ordres ou la structure. Les participantes qui étaient attachées, recevaient une stimulation et suivaient les ordres ont également montré une augmentation de la testostérone pendant les scènes. Par la suite, les participants qui ont déclaré que leurs activités de SM ont bien fonctionné ont montré une réduction du stress physiologique (cortisol) et une augmentation de la proximité de la relation. Parmi les participants qui ont déclaré que leurs activités liées à la SM ont été médiocres, certaines ont montré une diminution de la proximité de leurs relations, tandis que d'autres ont montré une augmentation. L'augmentation de la proximité des relations, combinée aux manifestations de compassion et d'affection observées dans le cadre des activités de SM, conforte la vision moderne selon laquelle la SM, lorsqu'elle est pratiquée de manière consensuelle, a le potentiel d'accroître l'intimité entre les participants » [42].

Le masochisme est analysé dès lors comme un effacement de la conscience par une hyper-attention au temps présent sans projection dans le futur : Roy F. Baumeister du département de psychologie de Cleveland avançait dès 1988 que

« le masochisme peut être un moyen d'échapper à la conscience de haut niveau de soi en tant qu'identité symboliquement médiatisée et temporellement étendue. Une telle prise de conscience est remplacée par une focalisation sur le présent immédiat et sur les sensations corporelles, et parfois par une conscience de bas niveau de soi en tant qu'objet. Les preuves sont examinées indiquant que les principales caractéristiques du masochisme (douleur, esclavage et humiliation) aident à accomplir cette hypothèse d'évasion de la conscience de soi de haut niveau » [43].

La recherche, selon Patricia A. Cross et Kimberly Matheson de la Carleton University à Ontario, Canada, d'un moyen pour s'échapper de la conscience d'objet extérieur et pour se tourner par la relation de pouvoir vers un état de conscience intensifié, peut passer par la douleur, comme vecteur et moyen d'atteindre cet état [44]. Cette extase radicale qui permet de déployer les expériences orgasmiques et non strictement génitales [45] a été comparée avec la sexualité tantrique pour créer un état de transcendance durant la pratique [46].

## **6 Des dominas thérapeutes sexuelles**

Dans la guidance de ces pratiques, la domina (dominatrice, maîtresse, domme, prodommes si ce sont des professionnelles) - et comme certain(e)s travailleuses(eurs) du sexe, BDSM ou non - se perçoit souvent comme une thérapeute qui remplace le traitement psychique par le travail physique du corps : ainsi Maitresse Diane, après une séance avec un soumis cadre d'une société, estime que « pour combattre ses démons, l'homme savait que le divan d'un psy ne lui serait d'aucune utilité. Il voulait expier dans sa chair, pas dans sa tête »

([47], p. 44-45). L'idée d'une régulation pulsionnelle par la pratique BDSM sans un travail psychique d'accompagnement comme la verbalisation ou le récit après coup (qui fait partie de *l'aftercare* [48] : accompagnement de la « descente » et verbalisation/débriefing de la séance entre les partenaires) transforme la technique en une purgation et une catharsis.

Lors des entretiens qualitatifs que j'ai pu effectuer à Paris entre le 31 janvier 2013 et juin 2014, dans son donjon avec Maitresse Cindy, pro-domme, et sur la base des correspondances que ses soumis lui adressaient et que j'ai pu consulter avant sa fermeture, la dimension scénographique du fantasme était très élaborée dans le processus de domination mise en place. Elle le décrit ainsi sur son site professionnel : « Si bien que, dans mon petit théâtre de la cruauté, j'exerce mes talents de metteur en scène avec des comédiens de circonstance et toujours de passage, à qui je propose, par mes jeux, autant de rôles que de pratiques toujours ludiques, ce qui leur permet de réaliser les fantasmes auxquels ils ont toujours rêvé ». La dimension psychique est donc bien engagée dans le traitement BDSM des soumis :

« Le corps n'est pas une entité séparable de la psyché : il y a une unité, et comme il arrive parfois que l'on se reconnaisse dans un inconnu, à partir du moment où l'on cesse de savoir et de chercher qui l'on est, je vous fournis les moyens de vous oublier et ainsi de pouvoir vivre l'accomplissement que réclame votre subconscient. Vivre ses fantasmes, ce n'est pas simplement assurer une maîtrise ou affirmer sa puissance, c'est aussi assumer sa servitude et sa faiblesse. Leur nature est infinie mais leur matérialisation n'est pas limitée tant qu'il y a complicité entre partenaires de jeu et inventivité. Avec moi, ils peuvent être d'une abondante diversité » **14**.

Par une notation très précise sur des fiches, uniquement pour elle « comme le médecin » me dit-elle lors de l'entretien du 28 avril 2014, l'historique fantasmatique de chaque personne

14 <http://www.maitresse-cindy.com/seances-pratiques.php>

est suivi et lui sert de repères sensoriels. À travers ses gestes techniques, les scénarios partagés, les moments de jouissance et les étapes endurées, la maitresse a autant de repères non seulement corporels mais aussi psychiques sur l'état d'esprit et d'abandon du sujet. Certains écrivent un texte après la séance ou lui adressent des lettres en réponse à une annonce ou spontanément, parfois accompagnées d'une photographie en situation. L'objectif est d'attendre « une extase, une jouissance cérébrale au-delà de l'éjaculation » (Entretien du 25 mars 2013) : l'éjaculation –comme l'orgasme génital- n'est plus une nécessité, c'est le lien entre le corps et l'esprit qui procure une sensation d'osmose.

Les travaux de Danielle Lindemann, de *Columbia University*, confirment notre champ d'observation :

« Alors que je menais des recherches sur le terrain avec des dominatrices professionnelles (pro-dommes), un discours inattendu a émergé: les personnes interrogées se sont souvent qualifiées de «thérapeutes», parlant de leur travail comme une forme de traitement psychologique pour leurs clients. Cet article examine la façon dont ils parlent du BDSM comme thérapeutique. Les données proviennent d'entretiens approfondis et semi-structurés avec 66 femmes pro-dommes. La rhétorique utilisée par les participants à cette forme d'érotisme commercial «sur le terrain» a des implications pour les affirmations théoriques féministes sur la valeur potentielle de la classification du travail érotique comme «thérapie sexuelle» en résonance avec d'autres pratiques érotiques socialement stigmatisées » [49].

Le débat a été effectivement ouvert par Judith Butler, contre le sadomasochisme, dans le contexte du groupe Samoïs [50] -une association lesbienne féministe qui pratique le « Lesbian S/M »-. La compilation comprend des essais de diverses féministes radicales telles qu'Alice Walker, Robin Morgan, Kathleen Barry, Diana EH Russell, Susan Leigh Star, Ti-Grace Atkinson, John Stoltenberg, Sarah Lucia Hoagland, Susan Griffin, Cheri Lesh et Judith

Butler. Butler, créditée comme « Judy Butler », y critique le sadomasochisme et le collectif Samois dans son essai « *Lesbian S & M: The Politics of Dis-Illusion* » ([51], p. 69). Selon ses conclusions, le sadomasochisme est une célébration institutionnalisée des relations dominantes / subordonnées. Et cela nous prépare soit à accepter la subordination, soit à imposer la domination. Même en jeu, l'exercice du pouvoir sur l'impuissance est certes érotique mais la poursuite de cette relation dans la sexualité y compris lesbienne serait une reproduction politique, sociale et économique.

Les principes du féminisme seraient de refuser les rapports de maîtrise et servitude, et Judith Butler, par son travail sur Hegel et Foucault, a toujours refusé le contrat d'auto-servitude car « l'impératif auquel est soumis le valet consiste en la formulation suivante : sois mon corps à ma place, mais ne me dis pas que ce corps que tu es est mon corps » ([52], p. 16). L'assujettissement corporel par le sexe est toujours « l'effet d'une dynamique de pouvoir, de telle sorte que la matière des corps soit indissociable des normes régulatrices qui gouvernent leur matérialisation et la signification de ces effets matériels » [53]. Ainsi le BDSM, même lesbien et surtout lesbien pour autant que le lesbianisme serait une déconstruction des normes masculinistes de dominations virilistes. Or le lesbianisme n'est pas un modèle par rapport à d'autres identités de genre ou sexuelles –en tous cas plus actuellement- et Judith Butler est assez fortement critiquée par les transféministes proqueer notamment.

Car l'essentialisation à la nature du sexe est une contrainte naturaliste qui interdit toute possibilité de changer de genre. La réduction du genre au sexe est une contrainte par la normalisation précise Judith Butler : « les corps n'apparaissent, ne durent et ne vivent qu'au sein des contraintes productives de certains schémas régulateurs déterminés au plus haut degré par le genre » ([53], p. 13). Ainsi il convient de ne pas imposer de normalité sexuelle au

nom d'un dispositif de savoir qui apporterait une expertise à la place de la parole du sujet humain.

La différence de sexes est désormais comprise comme une différence de genre : c'est-à-dire que ce n'est plus le masculin et le féminin naturalisés dans la biologie des corps qui décident de la pratique sexuelle, mais les rapports de genre. Le genre, contre le sexe, est socioculturel en définissant des rôles et des fonctions : si bien que les rapports de genre culturels et sociaux seraient reproduits y compris dans le BDSM, qui ne serait alors pas une situation d'« agenrement », c'est-à-dire de libre disposition de son genre [54]. L'analyse que Butler fait du BDSM est ici simplificatrice en ce qu'elle réduit la très grande pluralité des pratiques à une dualité paradoxale. Cette lecture, en tous points contraire à ce qui a été démontré plus avant, ne permet pas de saisir les enjeux potentiels réels des exercices de genre en jeu dans le BDSM. Que les pratiques y soient hétérosexuelles, cisgenrées, queer, trans, ou agenrées, elles ne se limitent pas en un déploiement dichotomique, mais explorent au contraire des subtilités relationnelles et intrapersonnelles qui sont sans rapport avec les considérations de genre dans la sphère sociale. L'attribution binaire que Butler synthétise dans le schéma dominant(e)/subordonné(e) rejoue l'essentialisme dont elle ambitionne de s'extraire sur les questions de genre. Il faut noter également les apports donnés par les sciences et les observations sur les ressentis des pratiquants en particulier le flow et les décharges hormonales, qui modifient considérablement la perception primaire que l'on peut avoir du BDSM. Loin d'être scindée en une partition dichotomique dominant/dominé, la pratique BDSM active un échange de flux (sensoriels, dynamiques, psychologiques) qui déconstruit la perception binaire oppressive mais qui n'est accessible que dans l'expérience vivante du jeu.

La notion d'agenrement permet alors de saisir en partie la complexité des rapports BDSM et leurs bienfaits dans certaines situations. Le consentement mutuel, comme point nodal de la pratique, résout la question des contraintes ; par cette relecture du champ des sexualités dites

inhabituelles et BDSM, on aboutit ainsi non plus à une clinique du dérangement mental, mais à une clinique du *dégenrement* et de *l'agenrement*, au gré des besoins et des possibilités (sensibles, psychiques, d'autodétermination) de chaque personne :

- a) *Se déranger* ou être dérangé(e) de ses *habitus* et de ses techniques de sexe et de genre
- b) *Se déssexualiser* en refusant l'assignation à une identification homosexuelle, hétérosexuelle ou bisexuelle, qui vient limiter les techniques sexuelles et les usages du corps ;
- c) *Se dégenrer* en adoptant des techniques en dehors de son assignation de genre par des dispositifs d'auto-contraintes corporelles et/ou des choix de situation ;
- d) *S'asexuer* en se dé/masculinisant, en se dé/féminisant au point de tendre vers une forme d'androgynie;
- e) *Se transgenrer* vers une mise en genre de soi en situation de polysexualité : la transition ouvre une multitude de potentialités identitaires, parmi lesquelles on retrouve des transhétéros, des transgays ou transqueer, des polysexuels, des assexuels, des aromantiques, des neutres, etc. ;
- f) *S'agenrer* correspond à ce libre intergenrement des techniques qui autorise l'exploration de tous les flux corporels.

## **6 Conclusion**

La pratique BDSM, tant dans la clinique que dans la pratique communautaire, repose sur le consentement. Le BDSM peut être un objet psychothérapeutique pour le/la soumis(e) mais aussi pour le / la dominant(e). La pratique BDSM consisterait, par la contrainte consentie, à modifier le sens de son expérience corporelle. Le BDSM n'implique pas nécessairement de douleur (considérant que la douleur est relative, et peut être physique et/ou psychologique) ; et

où la dimension sexuelle est très variée, parfois non génitale, voire totalement absente : pratique asexuelle).

Pour fonctionner, le processus thérapeutique BDSM implique au moins trois conditions :

- 1) la relation SM engage un(e) dominant(e) et un(e) dominé(e) volontaires ;
- 2) ce binôme érotique fonctionne dans un cadre codifié ;
- 3) le/la dominant(e) est « thérapeutisant(e) » en ce qu'il/elle fait preuve d'empathie et de bienveillance envers le/la dominé(e) ; en miroir la personne dominée respecte les limites de la personne dominante dans ses demandes ;
- 4) le flux est à double sens avec des bénéfices réciproques en termes de bien-être post-séance-

### **Déclaration de liens d'intérêt**

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

### **Références**

- [1] Moser C, Kleinplatz PJ. DSM-IV-TR and the paraphilias. *Journal of Psychology & Human Sexuality* 2006; 18(1): 91-109.
- [2] Connolly PH. Psychological Functioning of Bondage/Domination/Sado-Masochism (BDSM) Practitioners. *Journal of Psychology & Human Sexuality* 2006; 18(1): 79-120.
- [3] American psychiatric association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder. DSM-5*. Washington, DC; American Psychiatric publishing; 2013.;
- [4] Kruger RB., The DSM Diagnostic Criteria for Sexual Masochism: The DSM Diagnostic Criteria for Sexual Masochism. *Archives of Sexual Behavior* 2010; 39: 346-56.
- [5] Williams DJ. Deviant leisure: Rethinking “the good, the bad, and the ugly.” *Leisure Sciences* 2009 ; 31(2) : 207-213.

- [6] First MB. DSM-5 and paraphilia disorders. *J Am Acad Psychiatry Law* 2014; 42(2):191-201.
- [7] Glyde T. BDSM : Psychotherapy Grey Aera. *The Lancet Psychiatry* 2015; 2 (3): 211-3.
- [8] Clavreul J. Le couple pervers. In : Aulagnier-Spairoani P, Clavreul J, Perrier F, Rosolato G, Valabrega JP. *Le désir et la perversion* Paris : Ed Seuil ; 1965. p. 93-116.
- [9] Démeron P. *Lettre ouverte aux hétérosexuels*. Paris : Albin Michel ; 1969.
- [10] Andrieu B. *Sade : Le seul crime réel de l'homme serait de troubler l'ordre de la nature*. Nantes : Pleins feux, coll. « Variations” ; 2004.
- [11] Easton D, Hardy J. *Radical Ecstasy: SM Journeys to Transcendence*. Emeryville, CA : Greenery Press; 2004.
- [12] Newmahr S. Rethinking kink: Sadomasochism as serious leisure. *Qualitative Sociology* 2010; 33(3): 313–331.
- [13] Jozifkova E. Consensual sadomasochistic sex (BDSM): The roots, the risks, and the distinctions between BDSM and violence. *Current Psychiatry Reports* 2013; 15(9): 1–8.
- [14] Coppens C, Goethals K, Hoelvoet L, Huys W, Morrens M, Seeuws J. Fifty shades of Belgium grey : the prevalence of BDSM-related fantasies and activities in the general population. *Journal of sexual Medecine* 2017 ;14(9):1152-9.
- [15] Poutrain V. Sadomasochisme. In : Andrieu B, editor. *Dictionnaire du corps* (2006). 3<sup>e</sup> éd. Paris : Ed CNRS ; 2018.
- [16] Stebbins RA. Serious Leisure. A Conceptual Statement. *The Pacific Sociological Review* 1982; 25(2): 251-72.
- [17] Lamarche C. *Carnets d’une soumise de province*. Paris: Gallimard; 2004.
- [18] James E. *Cinquante nuances de Grey*. Paris : Lattès, 2012.
- [19] Streff J. *Le masochisme au cinéma*. Paris : Henry Veyrier ; 1978.

- [20] Wismeijer AA, Van Assen MA. Psychological Characteristics of BDSM Practitioners. *Journal of sexual Medicine* 2013 ;10(8):1943-52.
- [21] Kelsey K, Stiles BL, Spiller L, Diekhoff GM. Assessment of therapists' attitudes towards BDSM. *Psychology & Sexuality* 2013 ;4(3): 255–67.
- [22] Langdrige D, Barker M. *Situating sadomasochism*. New York : Palgrave Macmillan; 2007.
- [23] Sprott R, Randall A, Davison K, Ryan G, Witherspoon RG. Alternative or Nontraditional Sexualities and Therapy: A Case Report: Alternative or Nontraditional Sexualities and Therapy. *Journal of Clinical Psychology* 2017; 73(8):929-37.
- [24] Kleinplatz P, Moser C. Toward clinical guidelines for working with BDSM clients. *Contemporary Sexuality*, 2004, 38(6): 4–5.
- [25] Shahbaz C, Chirinos P. *Becoming a kink aware therapist*. London, UK: Routledge; 2017.
- [26] Shahbaz DC, Chirinos P. *Becoming a Kink Aware Therapist*. Londres: Routledge; 2017.
- [27] Kelsey K, Stiles B, Spiller LC, Diekhoff G.M. Assessment of therapists' attitudes towards BDSM. *Journal of Psychology & Human Sexuality* 2012; 4(3):1-13.
- [28] Kolmes KL. *BDSM consumers of mental health services: The need for culturally-sensitive care*. *Dissertation Abstracts International* 2003; 64(5–B): 2392.
- [29] Keely K, Wendy S, Charles M. Investigating Bias in Psychotherapy with BDSM Clients. *Journal of Homosexuality* 2006; 50 (3-3): 301-24.
- [30] Dunkley CR, Brotto LA. Clinical Considerations in Treating BDSM Practitioners: A Review, *Journal of Sex & Marital Therapy* 2018; 15:1-12.
- [31] Hoff G, Sprott RA. Therapy experiences of clients with BDSM sexualities: Listening to a stigmatized sexuality. *Electronic Journal of Human Sexuality* 2009; 12(9): 30–54.

- [32] Barker M, Iantaffi A, Gupta C. Kinky clients, kinky counselling? The challenges and potentials of BDSM. In : Moon L, editor. *Feeling queer or queer feelings: Radical approaches to counselling sex, sexualities and genders*. London, UK: Routledge; 2007. p. 106–124.
- [33] Bezreh T, Weinberg TS, Edgar T. BDSM disclosure and stigma management: Identifying opportunities for sex education. *American Journal of Sexuality Education* 2012; 7(1): 37-61.
- [34] Hébert A, Weaver A. An examination of personality characteristics associated with BDSM orientations. *The Canadian Journal of Human Sexuality* 2014; 23(2): 106–115.
- [35] Sagarin BJ, Lee EJ, Erickson JM, Casey KG, Pawirosetiko JS. Collective sex Environments without sexuality ? Insights from the BDSM Community. *Archives of Sexual Behavior* 2018, Jun 25. Available from : doi: 10.1007/s10508-018-1252-1 [consulté le 05/10/2018].
- [36] Sartre JP. *L'Être et le néant* (1943). Paris : Gallimard; 1993.
- [37] Love BB. *Dictionnaire des fantasmes, perversions et autre pratiques de l'amour*. Paris : Blanche ; 2006.
- [38] Simula BL. A "Different Economy of Bodies and Pleasures"? : Differentiating and Evaluating Sex and Sexual BDSM Experiences. *J Homosex* 2017 Oct 26:1-29. Available from : doi: 10.1080/00918369.2017.1398017 [consulté le 05/10/2018].
- [39] Ambler JK, Lee EM, Klement KR, Loewald T, Comber EM, Hanson SA, Cultler B, Culter N, Sagarin BJ. Consensual BDSM facilitates role-specific altered states of consciousness: A preliminary study. *Psychology of Consciousness: Theory, Research, and Practice* 2017; 4(1): 75-91.

- [40] Lee EM, Klement KR, Ambler JK, Loewald T, Comber EM, Hanson SA, Pruitt B, Sagarin BJ. Altered States of Consciousness during an Extreme Ritual. *PLoS One* 2016 ;11(5):e0153126.
- [41] Newmahr S. Power Struggles: Pain and Authenticity in SM Play. *Symbolic Interaction* 2010, 33(3):389-411.
- [42] Sagarin BJ, Cutler B, Cutler N, Lawler-Sagarin KA, Matuszewich L. Hormonal changes and couple bonding in consensual sadomasochistic activity. *Arch Sex Behav* 2009 ;38(2):186-200.
- [43] Baumeister RF. Masochism as escape from self. *Journal of Sex Research* 1988; 25: 28-59.
- [44] Cross PA, Matheson K. Understanding Sadomasochism, An Empirical Examination of Four Perspectives. *Journal of Homosexuality* 2006; 50 (2-3): 133-66.
- [45] Andrieu B. La peur de l'orgasme. Dijon ; Ed le Mumure ; 2013.
- [46] Easton D, Hardy JW. Radical Ecstasy. *SM Journeys to Transcendence*. Oakland, CA: Greenery Press; 2004.
- [47] Maitresse Diane. Ma vie de Maitresse SM. Paris : La boîte de Pandore ; 2013.
- [48] Lahuerta C. Entre les cordes : le shibari comme expérience émancipatrice. In : Andrieu B, Cyril Thomas C, editors. *Entre les corps. Les pratiques émersiologiques aujourd'hui (cirque, marionnettes, performance et arts immersifs)*, Mouvements des savoirs. Paris : L'Harmattan ; 2017.
- [49] Lindemann D. BDSM as therapy? *Sexualities* 2011; 14(2): 151-72.
- [50] SAMOIS. Coming to power. *Writing and Graphics on lesbian S/M/, S/M : A form of eroticism based on a consensual exchange of power*. Boston: Ed Alyson Publications; 1981.

[51] Butler J. 'Lesbian S & M : The Politics of Dis-illusion'. In : Linden RR, Pagano DR, Russell DEH, editors. *Against Sadomasochism: A Radical Feminist Analysis*. [San Francisco: Frog in the Well ; 1982. pp.169-175.

[52] Butler J. *La vie psychique du pouvoir. L'assujettissement en théories*. Paris : Ed Leo Scheer ; 1997.

[53] Butler J. *Ces corps qui comptent. De la matérialité et des limites discursives du « sexe »*. Paris : Ed Amsterdam ; 1993.

[54] Andrieu B. *L'agenrement bd-sm*. In : Felten U, Lachmund AM, editors. *Coding gender in Romance culture*. [s.l.] : Ed Peter Lang ; 2018. p. 34-45.