

L'APPROCHE SEXOLOGIQUE DU COUPLE : UNE THÉRAPIE INTÉGRATIVE DES TROUBLES SEXUELS

[Adriana Bouchat](#), [Ivana Radonic](#), [Ali Hemma Devries](#)

Médecine & Hygiène | « [Psychothérapies](#) »

2009/2 Vol. 29 | pages 85 à 90

ISSN 0251-737X

Article disponible en ligne à l'adresse :

<https://www.cairn.info/revue-psychotherapies-2009-2-page-85.htm>

Distribution électronique Cairn.info pour Médecine & Hygiène.

© Médecine & Hygiène. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

L'APPROCHE SEXOLOGIQUE DU COUPLE : UNE THÉRAPIE INTÉGRATIVE DES TROUBLES SEXUELS

Adriana BOUCHAT¹, Ivana RADONIC²
et Ali Hemma DEVARIES³

Résumé

La thérapie sexologique de couple a fait ses preuves depuis une quarantaine d'années. Mise au point par Masters et Johnson dans les années 1960 en s'appuyant sur un paradigme comportemental, elle a par la suite été enrichie par la compréhension psychanalytique des dysfonctions sexuelles et de leur signification dans la dynamique de couple. Le modèle de prise en charge conjointe, élaboré par l'École de sexologie de Hambourg, inspire l'activité clinique de la Consultation conjugale et de sexologie de Profa à Lausanne depuis deux décennies. Cette approche intégrative met l'accent sur les mécanismes inconscients à la base du symptôme sexuel, sans négliger son éventuelle étiologie somatique, et considère la dysfonction dans sa dimension interpersonnelle. Des prescriptions à effectuer dans l'intimité sont proposées au couple, qui devient ainsi son propre thérapeute.

Summary

During the last four decades, the effectiveness of sexual therapy for couples has become widely accepted. The methods initially devised by Masters and Johnson during the sixties, using a behavioural paradigm, were subsequently developed to include a psychoanalytical approach to sexual dysfunction and a better understanding of its significance within the dynamic structure of the couple. Over the last two decades, the joint therapy model proposed by the Hamburg school of sexology has served as a basis for the clinical activity of the Consultation conjugale et de sexologie (Department of marriage counselling and sexology) at the Profa Centre in Lausanne. This integrated approach emphasizes the unconscious mechanisms which underlie the sexological symptom, while recognizing the possibility of somatic causes and taking into account the interpersonal aspects of dysfunction. The couple is given behavioural prescriptions, to be carried out in private, and thereby becomes its own therapist.

Mots-clés

Thérapie sexologique de couple – Sexologie – Consultation conjugale – Collusion inconsciente.

Key-words

Sexual therapy for couples – Sexology – Marriage counselling – Unconscious collusion.

INTRODUCTION

L'insatisfaction sexuelle est souvent évoquée comme un motif de divorce (Bodenmann 2002), et est régulièrement l'objet de plaintes auprès du médecin de premier recours. Selon Bitzer (2000), presque un tiers des patients ferait état de troubles sexuels. Il est tentant de comprendre ces symptômes exclusivement comme l'expression d'une problématique individuelle, soit en se référant à la classification du DSM-IV, soit en interprétant le trouble comme un compromis entre un désir et un interdit ou encore comme l'expression d'une incertitude concernant l'identité sexuelle du sujet. Certains sexologues argumentent que le vécu sexuel est une expérience si personnelle qu'elle ne peut être abordée qu'individuellement.

Ce n'est pas le point de vue des thérapeutes de couple d'orientation psychanalytique ou systémique. La sexualité, tout en étant une expérience privée, dépasse la pure dimension intrasubjective. Elle se construit dès le début de la vie dans une dialectique interpersonnelle. Elle se vit toujours par rapport à un autre (même lors de pratiques auto-érotiques), et le partenaire est souvent choisi en fonction d'une problématique psychologique commune.

¹ Psychologue-psychothérapeute FSP, Cheffe de service, Consultation conjugale et de sexologie, Fondation Profa, Lausanne.

² Psychologue-psychothérapeute FSP, conseillère conjugale.

³ Conseiller conjugal, sexologue.

LES DYSFONCTIONS SEXUELLES COMME SYMPTÔME COMMUN AU COUPLE

En reprenant le concept de collusion, théorisé par Henri Dicks (1967) et développé par le psychiatre suisse Jürg Willi (1982), nous pourrions supposer la mise en place d'une collusion sexuelle. Selon ces auteurs, les deux partenaires se choisissent en fonction d'une pathologie psychique complémentaire et concluent en quelque sorte un pacte inconscient autour de ces difficultés psychologiques communes. Ce pacte définit les attentes et les comportements de chacun. Sur un plan sexuel, les dysfonctions de l'un ne seraient plus à comprendre uniquement dans une optique individuelle, mais aussi comme l'émanation d'une problématique de couple. Si l'étiologie du trouble sexuel est donc à rechercher dans la nature même du lien et dans les représentations communes concernant la sexualité, le traitement devra se faire de préférence en couple. En effet, soigner l'un des partenaires en négligeant l'autre ne ferait que résoudre provisoirement une dysfonction en sous-estimant les difficultés de l'autre et son implication dans le maintien du problème. Dans cette perspective, tout symptôme sexuel est considéré comme une production commune du couple, à comprendre et à traiter conjointement.

Prenons l'exemple d'un couple qui n'arrive pas à avoir des rapports sexuels complets parce que Madame souffre de vaginisme primaire. Elle se présente donc comme le patient « porteur du symptôme ». En ayant choisi un partenaire qui se montre doux et compréhensif face à son problème, Madame se protège contre ses propres inquiétudes face à la sexualité. Elle épargne en même temps à Monsieur un questionnement à propos de son anxiété de performance. Les craintes de Monsieur sont masquées par la symptomatologie de Madame. Soigner le vaginisme de Madame sans prendre en compte les difficultés de Monsieur équivaldrait à mettre le couple en crise.

DISPOSITIF ET CADRE DE L'APPROCHE SEXOLOGIQUE DU COUPLE

Depuis une trentaine d'années, l'Ecole de sexologie de Hambourg (Hauch *et al.*, 2001) a élaboré un modèle de prise en charge sexologique de couple qui fait référence aux travaux de Masters et Johnson (1966)

et de Kaplan (1974), et qui intègre à la sexothérapie une compréhension psychanalytique du lien d'alliance. Aux Etats-Unis, d'autres cliniciens se réfèrent à la théorie de la relation d'objet pour pratiquer la thérapie sexuelle de couple (Scharff, 1991). Nous avons adopté dans les grandes lignes leur procédure, tout en prenant certaines libertés, notamment par rapport à la fréquence des consultations et par rapport au *setting*.

Traditionnellement, ces précurseurs travaillaient toujours en couple de thérapeutes de sexe opposé pour permettre à chaque patient d'avoir un interlocuteur du même sexe. Pour des raisons pratiques de nature essentiellement financière, nous avons opté pour un *setting* à trois. Le couple rencontre un seul thérapeute. Les consultations durent une heure. Le rythme des séances est hebdomadaire ou à quinzaine. Il est précisé d'emblée que le thérapeute ne verra pas un conjoint sans l'autre, que les entretiens seront toujours de couple et que les éventuelles séances manquées seront dues.

Dans l'après-coup, nous constatons que cette particularité a un effet intéressant sur la dynamique transférentielle. Le sexologue est perçu comme un tiers qui vient regarder « dans la chambre à coucher », un intrus qui questionne une intimité déjà mise à rude épreuve par les difficultés sexuelles. Ce n'est pas rare qu'à la première consultation, les patients rapprochent leurs deux fauteuils comme pour faire front commun et se défendent contre des prétendues velléités de séparation projetées sur le thérapeute.

Ce rôle de tiers séparateur a toute sa pertinence, surtout pour les couples dont les difficultés sexuelles servent de rempart contre une trop grande intimité et protègent des angoisses d'engloutissement.

UN TRAITEMENT BI-MODAL

L'approche psycho-sexologique du couple est un traitement bi-modal. D'un côté, il y a la psychothérapie de couple basée sur des échanges verbaux avec le thérapeute en séance. De l'autre, il y a la thérapie psycho-corporelle que le couple effectue dans son intimité en suivant les prescriptions données par le sexologue. Le couple expérimente ainsi un rapprochement physique qui a lieu dans un cadre avec des règles précises. Le couple peut devenir son propre thérapeute en explorant de nouvelles sensations.

ENTRETIENS D'INVESTIGATION

Quatre ou cinq séances serviront d'abord à élaborer la demande, à investiguer la relation, à récolter les anamnèses sexuelles de chaque partenaire, à sonder la motivation au traitement, à poser une indication et à formuler une première hypothèse sur le fonctionnement relationnel du couple et le sens du symptôme sexuel dans la dynamique interpersonnelle. L'établissement rapide de cette première hypothèse fait gagner du temps. Le thérapeute peut ainsi focaliser ses interventions (dans le sens préconisé par Gilliéron, 1990) ; le couple a le sentiment d'avoir été compris dans sa souffrance. Il est important de permettre aux patients de « se mettre en scène » dans le cabinet du thérapeute. Nous pensons que le cadre de la consultation favorise la mise en acte, sur un mode analogique, des difficultés relationnelles qui ont provoqué la crise et amené le couple à consulter. Cela se fera d'autant plus aisément que le thérapeute s'abstiendra d'interventions intempestives. Il faut donc doser les interventions, ne pas intervenir de façon trop structurée et ne pas s'en tenir uniquement à un questionnement de type question-réponse. L'anamnèse doit être précise, mais récoltée de façon associative. Les interventions du sexologue, à ce stade, visent surtout à la clarification.

SONDER LA MOTIVATION AU TRAITEMENT

Ces séances d'investigation ont déjà un caractère thérapeutique, car elles permettent au couple de se confronter aussi bien à son ambivalence face au désir de changement, qu'à la résistance. Le sexologue peut, selon les situations, procéder à une première prescription, ou « prescription d'essai », qui vise à sonder la motivation au traitement. A un couple de sexagénaires, mariés depuis trente-cinq ans, qui venaient consulter pour une inhibition du désir sexuel de Madame suite à une dorsalgie invalidante, nous avons proposé de « prendre du temps pour soi, de s'asseoir l'un en face de l'autre et de se regarder dans les yeux tout en se tenant par la main ». Cette prescription a eu un effet spectaculaire. Monsieur et Madame se sont reconnus dans le regard de l'autre comme des jeunes amoureux. Le thérapeute a su, en miroir, reconnaître leur lien et valoriser l'histoire de leur relation. Le couple s'est engagé dans une thérapie brève de quelques séances

qui lui a permis de réajuster sa sexualité aux difficultés liées à l'involution et d'élaborer l'atteinte narcissique qui en découle.

Certains couples ne souhaitent pas nécessairement donner suite à ces premières séances d'investigation. Ils réalisent que le changement serait trop dangereux sur le plan psychologique et s'accommodent donc du maintien du symptôme, tout en modifiant partiellement leur interaction. Nous ne considérons pas cela comme un échec. Nous nous distinguons, de ce fait, d'une sexologie à visée réparatrice qui ne tient compte ni de la conflictualité intrapsychique, ni de la complexité de la relation de couple.

LES CARESSES MUTUELLES

Les prescriptions s'inspirent dans les grandes lignes de celles préconisées par Masters et Johnson. La « focalisation sensorielle » par des caresses alternées permet aux patients d'échanger les rôles passif et actif, d'explorer le corps du partenaire et de se concentrer sur leur ressenti. « *Monsieur, vous allez vous allonger nu sur le ventre et vous allez rester ouvert par rapport à toutes les sensations qui vont surgir en vous. Vous, Madame, vous allez caresser Monsieur de la tête aux pieds. Vous allez essayer de percevoir ce que vous ressentez dans vos mains au contact de sa peau, ce qu'évoque la vue de son corps nu. Vous ne toucherez pas ses parties génitales. Après un certain laps de temps, vous échangez les rôles* ». Le couple est invité à pratiquer ces caresses le plus souvent possible et à en parler par la suite avec le sexologue.

Cette prescription, qui peut sembler anodine aux yeux des cliniciens adeptes d'une sexologie plus incisive, a toujours sa raison d'être. Cet exercice permet d'explorer quelque chose des premières expériences sensorielles que fait l'être humain au début de sa vie, lors des soins prodigués par la mère. La dimension pré-génitale et affective de la sexualité constitue le noyau de la focalisation sensorielle (Kaplan, 1974). Elle fait appel au besoin de rapprochement, à la nostalgie du corps de l'autre, au besoin d'être touché. C'est en cela qu'a résidé l'intuition géniale de Masters et Johnson lorsqu'ils ont créé l'outil dont ils ont à peine jaugé la complexité. Comment ne pas penser à la restauration d'une enveloppe corporelle qui ferait défaut, d'un Moi-Peau troué ou abîmé, comme le disait le psychanalyste

Didier Anzieu (1985). L'expérience des caresses alternées éveille des sensations insoupçonnées. Certains prennent la mesure d'un manque lors des premiers échanges avec la mère, qui a comme conséquence une certaine phobie du contact; d'autres, d'un trop-plein d'excitation dans un climat précocement érotisé.

LA MISE EN MOTS EN SÉANCE

La prescription des caresses alternées n'est pas un but en soi. Elle s'inscrit dans un processus, dont l'étape suivante est celle de la mise en mots. Durant la séance qui suit la prescription d'un exercice, chacun des partenaires du couple est en effet invité à décrire comment s'est déroulé celui-ci, comment il s'est senti, ce qu'il a éprouvé au niveau des sensations et des émotions, ce qui a suscité plaisir ou déplaisir, quels associations ou souvenirs ont éventuellement surgi.

Cette mise en mots est essentielle. Certains patients manifestent une grande difficulté à identifier leur vécu corporel. La consultation offre alors un espace où le langage qui désigne le corps peut petit à petit se déployer, ce qui favorise une intégration progressive des sensations corporelles. La possibilité de le faire en présence de l'autre permet aux conjoints de se découvrir mutuellement.

Les conjoints sont invités à dire ce qu'ils ont éprouvé sur le plan des affects: ce qui leur a plu ou ce qui les a dérangés, comment ils ont vécu les positions passives et actives. L'ouverture sur la dimension des affects permet ensuite d'aborder leurs représentations et leur vécu fantasmatique. Il arrive en effet fréquemment qu'une caresse donnée par l'un sur une partie du corps de l'autre ait une résonance particulière, et le fait de l'évoquer ensemble en séance est propice à déclencher une série d'associations relatives soit à une expérience individuelle, soit à l'histoire conjugale.

UNE EXPÉRIENCE ÉMOTIONNELLEMENT CORRECTIVE

Selon les situations, notamment chez des personnes craignant fortement le rapprochement physique, les caresses peuvent dans un premier temps être limitées aux mains, aux épaules, au dos. Nous pensons qu'à travers ces prescriptions, le couple vit une expérience émotionnellement corrective (Alexander, 1946). Le béné-

fice est donc supérieur à une simple acquisition de nouvelles habiletés sensuelles ou érotiques.

Très progressivement, le thérapeute suggérera des caresses sur le devant du corps, en omettant les parties génitales et les seins. Par la suite, les caresses s'élargiront au corps entier. On introduira le jeu avec l'excitation sans masturbation, qui permettra par exemple aux éjaculateurs précoces – qui vivent l'excitation comme quelque chose de dangereux et d'aliénant – d'approprier cet état et de ne plus fuir directement dans l'orgasme. Il en va de même pour ceux qui se réfugient dans le non-ressenti et bloquent toute excitation sexuelle.

Suivra la pénétration sans mouvement, ou exercice du « vagin calme ». Cette prescription confère à l'acte sexuel une dimension contemplative, qui est en porte-à-faux avec la course à la performance. Il n'est pas étonnant que dans les pratiques orientales de la recherche de l'extase, comme le Tantrisme qui attribue à l'acte sexuel une connotation spirituelle, cette expérience soit si valorisée. Par la suite, le coït se fera librement dans des positions diverses.

Des prescriptions spécifiques peuvent être données pour certains symptômes comme le vaginisme (auto-dilatation préalable du vagin, puis par le partenaire) ou l'éjaculation précoce (masturbation avec arrêt-départ ou compression du pénis). Des consignes individuelles de se regarder dans le miroir et d'examiner ses propres parties génitales complètent le traitement. Pour chaque patient, il s'agira de reconsidérer sa propre image, de pouvoir l'investir avec tendresse et bienveillance, et de pouvoir intégrer ses organes génitaux dans la représentation de son propre corps.

Le couple est aussi invité à faire preuve de créativité et à trouver des prescriptions qui lui sont propres: utilisation d'huiles de massage, douches, bains pris en commun, etc.

L'INTERDICTION DES RAPPORTS SEXUELS PENDANT LE TRAITEMENT

Cette interdiction prônée par les fondateurs de la thérapie sexologique du couple a souvent été mal comprise, prise à tort comme une prescription paradoxale destinée à être transgressée. Au contraire, elle donne un cadre aux prescriptions, fait office de balise, délimite un territoire dans lequel le couple peut s'adonner à de

nouvelles expériences sans trop d'inquiétude et de tension. L'interdiction brise le cercle vicieux des comportements d'échec. C'est cet interdit qui permet à un homme souffrant de dysfonction érectile de constater que l'érection est toujours possible, ou à une femme qui présente une aversion sexuelle de s'éveiller progressivement au désir. Certains pensent que cette interdiction est au traitement sexologique du couple ce que le divan est à la psychanalyse, à savoir un élément incontournable du dispositif !

Ce dispositif peut être adapté, en connaissance de cause. Pour des sujets particulièrement fragiles à l'identité sexuelle mal assurée, une interdiction des rapports sexuels représente une atteinte narcissique insoutenable. Nous prenons parfois la liberté de modifier cette consigne, de ne plus la prescrire en absolu aux patients psychologiquement fragiles. Ces patients doivent toutefois s'engager à ne pas aller au-delà de ce qui est prescrit lors des exercices, même si l'excitation est grande. En dehors des exercices, ils peuvent avoir des relations sexuelles s'ils le souhaitent. En général, ils n'en auront pas. Pour des personnes habituées par des représentations effrayantes de la sexualité et fantasmant une scène primitive violente, l'interdit introduit la loi et des règles rassurantes.

LA PRISE EN COMPTE DU TRANSFERT

La guérison se fait aussi par le transfert. Lorsqu'il y a guérison symptomatique, le thérapeute est vécu comme un parent bienveillant, ni trop proche, ni trop distant, sans désir propre sauf celui de voir « grandir » ses patients. Sa bienveillance contribue à atténuer certains aspects inconscients d'un surmoi trop écrasant et à mettre en échec des mécanismes de défense trop rigides. Pas de « *furor sanandi* », de velléité de guérir à tout prix, comme ce fut le cas dans les années 1960 ! Le symptôme peut même être compris comme le meilleur compromis entre un désir et une défense dans un couple donné. L'approche psycho-sexologique du couple permet toutefois de relancer le dialogue.

Le transfert du couple sur le sexologue est de nature complexe. Il touche moins la personnalité du thérapeute que le cadre institutionnel. Sur celui-ci se projettent les attentes des patients qui peuvent craindre une certaine froideur, mais aussi des garanties de non-ingérence. Le sexe du thérapeute, homme ou femme,

compte peu. La bisexualité psychique permet au sexologue d'assumer à la fois une fonction maternelle, accueillante et contenante, et une fonction paternelle de garant de la loi. Le thérapeute de couple se laisse faire dans le jeu transférentiel et contre-transférentiel. Le transfert peut être interprété. Cette interprétation a souvent beaucoup d'impact.

INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS

Les indications sont vastes et couvrent la plupart des dysfonctions sexuelles proprement dites. Tout est abordable en couple si celui-ci est motivé. Un conflit de couple ne représente pas une contre-indication absolue. Il implique toutefois que l'on s'attelle à comprendre ce qu'il recouvre avant de pouvoir vraiment aborder la sexualité. Parmi les contre-indications, il faut noter : la psychose avérée, le fonctionnement pervers de couple, les paraphilies.

CONCLUSION

La thérapie sexologique de couple telle qu'elle est pratiquée à la Consultation conjugale et de sexologie de Profa est issue d'une double tradition, celle développée par Masters et Johnson suivant un paradigme comportemental, et celle des tenants d'une approche « collusive » du symptôme sexuel, psychanalystes et systémiciens. Dans ce cadre, tout symptôme sexuel qui se manifeste dans une relation de couple est compris comme une production commune et ne peut être traité qu'en présence des deux conjoints. Ce traitement est bi-modal, basé à la fois sur des échanges verbaux en séance et sur des exercices que le couple pratique dans son intimité en s'appuyant sur les prescriptions du thérapeute. Les différentes étapes du traitement favorisent un travail d'intégration du sensoriel, des affects et des représentations, et d'appropriation de la sexualité non plus comme un domaine où la « mécanique sexuelle » est dysfonctionnelle, mais comme un espace possible de découverte, de sens et de jeu. Cette approche a fait ses preuves et garde toute sa pertinence dans le champ actuel de la clinique du couple.

Bibliographie

- ALEXANDER F. (1946): *Principes de Psychanalyse*. Paris, Payot, 1952, rééd. 2002.
- ANZIEU D. (1995): *Le Moi-peau*. Paris, Dunod.
- ARENTEWICZ G., SCHMIDT G. (1986): *Sexuell gestörte Beziehungen, Konzept und Technik der Paartherapie*. Berlin, Springer.
- BITZER J. (2000): Counselling sexuel : aspects systémiques. *Med. Hyg.*, 2294: 721-727.
- BODENMANN G. (2002): *Le dépistage du divorce*. Fribourg, St. Augustin.
- DICKS H. (1967): *Marital Tensions. Clinical Studies Toward a Psychological Theory of Interaction*. New York, Basic Books.
- GILLIERON E. (1990): Guérir en quatre séances? Changement initial et psychothérapie analytique. *Psychothérapies*, 10(3): 135-142.
- HAUCH M., LANGE C., CASSEL-BÄHR S. (2001): Paartherapie bei sexuellen Störungen am Beispiel des Hamburger Modells, in: Sigusch V.: *Sexuelle Störungen und ihre Behandlung*. Stuttgart, Thieme.
- KAPLAN H. (1974): *The new sex therapy*. London, Balliere & Tindall.
- MASTERS W.H., JOHNSON V. (1966): *Human sexual response*. Boston, Little Brown.
- SCHARFF D., SAVEGE SCHARFF J. (1991): *Object relations couple therapy*. Northvale, Jason Aronson.
- SCHMIDT G. (2005): Wer hat Angst vorm Sensate Focus? *Sexualforschung*, 18(2): 148-154.
- WILLI J. (1982): *La relation de couple*. Neuchâtel, Delachaux et Niestlé.

Adresse du premier auteur :

Adriana Bouchat
 Cheffe de service
 Consultation conjugale et de sexologie
 Fondation Profa
 Avenue Georgette 1
 1003 Lausanne
 Suisse
 Courriel : bouchat@profa.org