

# Thérapies sexuelles de couple

Description de la démarche thérapeutique systémique et des choix d'approche sexothérapeutique

Pour Ursula Pasini et Laurence Dispaux, psychothérapeutes FSP et sexologues, le traitement en thérapie de couple des symptômes sexuels permet d'améliorer non seulement sa sexualité mais également sa vie de couple.

C'est en 1886 déjà que le psychiatre et neurologue autrichien Richard von Krafft-Ebing a achevé son inventaire exhaustif des perversions sexuelles, appelé «Psychopathia sexualis».

Freud parle des pulsions sexuelles et situe le début du développement psychique de la sexualité dans l'enfance. Dans les années 30 et 40, des anthropologues et le zoologue A. Kinsey s'intéressent à la sexualité, lui consacrant des récits et études renommés.

La «révolution sexuelle» a lieu dans les années 60 et 70, où l'on voit apparaître une plus grande liberté sexuelle. Il existe des études et des thérapies relatives aux dysfonctions sexuelles depuis le gynécologue W. Masters et la psychologue V. Johnson, suivis par la psychiatre H. Kaplan, qui commence à traiter le manque de désir sexuel.

En 1974 et 1975, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) formule dans des colloques des recommanda-

tions aux gouvernements visant à instituer des centres d'enseignement, de thérapie et de recherche dans le domaine de la sexualité.

En 1978 est fondée l'Association Mondiale de Sexologie (WAS, *World Association for Sexology*). De multiples associations nationales et professionnelles sont fondées. L'association des psychiatres américains ne considère plus l'homosexualité comme une perversion sexuelle ou une maladie mentale.

Le Sida fait son apparition, d'où une plus grande importance donnée à la protection lors des rapports sexuels. Depuis une trentaine d'années, la médecine élabore des interventions chirurgicales et médicamenteuses (Viagra et autres). Les transsexualités (changements de sexe par intervention médicale) et les intersexualités (organes et identités sexuels mal définis) sont traitées.

La cybersexualité se répand.

On assiste à la redéfinition progressive d'une morale sexuelle (masturbation acceptée, plus grande liberté sexuelle entre adultes, prostitution libre) et à la modification de ce qui sera considéré comme des délits sexuels (pédophilie, inceste, viol, prostitution forcée, etc.).

En Suisse, c'est grâce aux trois psychiatres W. Pasini et G. Abraham, de Genève, et C. Buddeberg, de Zurich, que la sexologie se fait une place dès le début des années 70.

### Thérapie en couple ou en individuel ?

Le *setting* (l'évaluation et le traitement en couple ou en individuel des problématiques sexuelles) dépendra aussi bien de la situation des consultants, en couple ou pas, et de leur accord, que de la formation du sexologue.

Une thérapie sexologique de couple n'est pas de parler ensemble de sexualité, mais implique de proposer des techniques précises prenant en compte les symptômes sexuels tout comme les autres symptômes du couple. Pour les thérapies sexuelles, les deux formes de *setting*, en individuel ou en couple, sont possibles et efficaces.

### Thérapie systémique

La thérapie de couple la plus fréquemment utilisée en sexologie est la thérapie systémique. Il en existe des formes nouvelles comme l'EFT (*Emotional Focused Couple*

*Therapy*/thérapie de couple centrée sur l'émotion selon Susan Johnson), prenant en compte particulièrement les blessures d'attachement vécues dans le couple.

Notons aussi l'existence d'approches systémiques de couple avec des techniques spécifiquement conçues pour le traitement de la sexualité (élaborées par l'Américain D. Schnarch et l'Allemand U. Clement).

Dans un *setting* de thérapie de couple systémique, la situation familiale et conjugale est investiguée en premier pour avoir rapidement une vue d'ensemble.

Ensuite est examinée la sexualité, selon une grille d'investigation maîtrisée par le sexologue. On peut notamment s'inspirer de la grille de W. Pasini, psychiatre, psychanalyste et sexologue. Il propose une évaluation qu'il schématise de la façon suivante pour obtenir des renseignements dans 5 domaines:

1. biologique et corporel (malformations, maladies, médicaments, âge, utilisation maladroite ou insuffisante du corps, etc.);
2. psychologique individuel (troubles psychiques, confiance en soi, deuils, abus sexuels, stress, vie professionnelle, etc.);
3. relationnel et du couple (problème sexuel du partenaire, conflits, intimité, relations hommes-femmes, cybersexe, attitudes perverses, etc.);
4. famille d'origine et élargie (attachements excessifs, deuils, éducation, inceste, relations hommes-femmes, etc.);
5. social (culture, religions, mœurs sexuelles, immigration, relations hommes-femmes, etc.).

Le sexologue peut ensuite suivre le procédé d'investigation de la sexualité en «T» de H. Kaplan, analysant d'abord la sexualité actuelle du couple avec ses problèmes (niveau horizontal, partie supérieure du «T») et ensuite l'évolution sexuelle de chacun des partenaires et des deux ensemble au long de leur vie (niveau historique donc vertical, partie inférieure du «T»).

Pendant toutes ces investigations:

- des informations sexuelles sont données,
- des interventions en réseau professionnel peuvent être demandées: examens ou interventions d'ordre médical, thérapies des addictions, thérapies de psychotraumatologie comme l'EMDR (*Eye Movement*

*Desensitization and Reprocessing*), notamment pour les abus sexuels, rééducation périnéale, prise en charge psychiatrique et autres, si nécessaires,

- et des procédés selon les techniques sexothérapeutiques comme l'utilisation de l'hypnose, la Sexoanalyse selon Crépault, le Sexocorporel selon Desjardins, l'approche cognitivo-comportementale ou d'autres peuvent y prendre leur place.

Selon les conceptions systémiques, toutes ces investigations et clarifications constituent déjà une partie de la thérapie. Le procédé consiste surtout à poser des questions en s'aidant des outils systémiques (reformulation, recadrage positif, paradoxes, métaphores, etc.) de sorte que les personnes se rendent compte des relations et des cercles vicieux dans lesquels elles se trouvent et qu'elles puissent aboutir à d'autres solutions.

Vu la complexité des facteurs possibles en jeu, le travail en sexologie clinique implique de disposer d'un bon réseau professionnel interdisciplinaire. Mais le thérapeute doit aussi maîtriser lui-même plusieurs outils thérapeutiques.

A côté des dysfonctionnements sexuels «classiques» mis en évidence par Masters et Johnson, comme la difficulté d'érection, l'éjaculation trop rapide ou trop lente chez l'homme, les douleurs pendant la pénétration (dyspareunie) chez la femme, la plus ou moins grande difficulté lors de la pénétration (vaginisme), et enfin l'anorgasme féminine, c'est le manque de désir sexuel qui compte parmi les plaintes sexuelles les plus fréquentes. C'est là justement que l'approche en couple est la plus utile. Les informations sexuelles – surtout celles concernant les différences sexuelles entre hommes et femmes, ou la distinction entre désir, excitation et plaisir – peuvent être très utiles.

Ainsi, dans notre évaluation thérapeutique, nous tentons de prendre en compte la complexité de la situation. Nous observons le fonctionnement du couple (les collusions au sens de J. Willi, psychiatre suisse, le sens du symptôme, la gestion de celui-ci au quotidien, les manœuvres inconscientes ou pas, les enjeux, les rôles figés). Nous questionnons aussi le couple au sujet de ses codes de séduction, de la communication, de l'érotisme du couple. Nous évaluons aussi, souvent lors de séances individuelles, la fonctionnalité érotique de chaque individu. Il nous importe de cerner les interactions entre l'imaginaire, les croyances, les émotions et leur reflet corporel, ainsi que de comprendre comment l'individu vit et fait croître son excitation dans son corps, etc., en nous inspirant éventuellement des techniques du Sexocorporel selon Desjardins, de la Sexoanalyse selon Crépault ou d'autres.

Pour la personne portant le symptôme, la participation du conjoint peut être vécue comme un soutien sécuri-

sant, et un travail d'équipe peut s'installer. Parfois, en revanche, une importante problématique conjugale peut devenir évidente. Souvent, c'est dans et par la complémentarité du couple que se co-crée le symptôme ou qu'il est entretenu.

*Par exemple, une femme se plaint du manque d'initiative chez son mari; on découvre chez lui que son sentiment de masculinité a été mis en veilleuse, car il a su dès leur rencontre qu'elle avait subi des attouchements et craignait de ne pas s'épanouir sexuellement. Elle souffrait par ailleurs de dyspareunie (douleur aux rapports) au tout début de leur relation. Monsieur a mis en place une attitude tellement respectueuse, tellement peu demandeuse dans le but de ne pas la brusquer, qu'il a lui-même désinvesti sa libido, se concentrant énormément sur son travail et sa famille. Il s'est appuyé sur une image d'homme modèle de patience, de non-intrusivité, de non-affirmation... Le fait même de poser un désir sexuel lui est devenu très difficile. Quant à elle, elle porte l'étiquette d'«épouse frustrée, quémandeuse», qui lui rend difficile l'appropriation de son sentiment de féminité et de désirabilité. Petit à petit, dans un fonctionnement typiquement circulaire, leur histoire de couple (un peu comme s'ils avaient dessiné leur destin dès leur rencontre, ou conclu un pacte de non-sexualité) a renforcé des fragilités de base, mais aussi créé une dynamique blessante pour différents éléments de la sexualité de chacun: sentiment de féminité/masculinité, sentiment d'être désirable, habileté de séduction, et jusqu'à la capacité d'assumer son propre désir. Des troubles sexologiques à proprement parler pourront s'y installer.*

Les séances à trois permettent donc de faire le point, de mettre en mots la circularité de leur fonctionnement et comment ils peuvent s'aider mutuellement, tout en aidant le couple à élaborer des solutions adéquates pour eux – quitte à renoncer à un idéal, le leur ou le nôtre en tant que thérapeute !

*Une autre situation clinique est celle d'un couple qui vient en consultation pour absence de sexualité. Il y a quelques années, un médecin généraliste avait prescrit à Monsieur des pilules proérectiles suite à de fréquentes pannes sexuelles. Elles n'avaient pas eu d'effet. Les investigations cardiologiques, urologiques et endocriniennes ne montrent pas actuellement de particularité.*

*Le traitement du couple révèle une femme plutôt impulsive, blessante et exigeante concernant la sexualité. L'homme plutôt fin et très intellectuel se montre agressif quand elle devient blessante, ce qui aboutit à des disputes fortes et répétées.*

*Concernant la femme, la thérapeute utilisera le recadrage positif en la valorisant dans ses multiples tâches professionnelles et domestiques, et son intégration réussie après*

une immigration, comme aussi son désir de vouloir maintenir une sexualité dans le couple. Sur le plan sexuel, sa sexualité étant limitée au besoin d'une pénétration brève et vigoureuse, il y aura une amélioration par des exercices de type sexocorporel selon Desjardins. Après des exercices de repérage sensoriel vaginal, de rythmes et de mouvements, elle peut maintenant davantage trouver un plaisir sensuel lors de la pénétration.

Concernant l'homme, la thérapeute utilisera le recadrage positif en valorisant sa richesse culturelle et intellectuelle, finalement reconnue et valorisée par elle, précieuse aussi pour l'éducation des enfants. Concernant son estime de soi très faible, liée à une enfance et une adolescence marquées par de nombreux déménagements et séparations, des séances individuelles d'EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing – psychotraumatologie) sont effectuées. Sur le plan sexuel, des exercices sexocorporels selon Desjardins sont pratiqués pour érotiser davantage la pénétration et ressentir davantage tout le corps. Des informations sur les lois de l'érotisme chez l'homme et chez la femme, explicitées par la sexoanalyse selon Crépault, sont bien intégrées par eux.

Les questionnements perpétuels selon les techniques systémiques, les multiples informations données et les exercices sexocorporels permettaient au couple de mieux se connaître individuellement et mutuellement dans les contextes passés et actuels. Et de mieux se connaître comme homme et femme. Le cercle vicieux (disputes, blessures affectives, pannes sexuelles et absence de sexualité, disputes, etc.) a pu se dissoudre.

Le résultat de cette thérapie de couple et sexuelle est une sexualité pas très fréquente mais bien existante et une entente nettement meilleure dans le couple.

Pour conclure, le traitement en thérapie de couple des symptômes sexuels permet souvent d'exploiter les ressources du système afin que le couple s'approprie des modifications non seulement dans sa sexualité, mais également dans la relation de couple – ou même souvent dans les relations familiales ou la vie sociale.

Pour finir et pour information, c'est en 2009 que des psychologues de toute la Suisse – la plupart déjà psychologues-psychothérapeutes FSP – après des formations de base universitaires en sexologie et des formations complémentaires en approches sexothérapeutiques, se sont regroupés pour faire valider et reconnaître leurs formations. Ils ont fondé l'Association Suisse des Psychologues Sexologues Cliniciens ASPSC/SPVKS, Schweizerischer Psychologenverband Klinischer Sexologen, affiliée à la FSP.

Pour plus de précisions: [www.aspsc-spvks.ch](http://www.aspsc-spvks.ch).

Ursula Pasini,  
Laurence Dispaux

## Bibliographie

Une bibliographie plus complète peut être obtenue auprès des auteurs.

Clement, U. (2002). Sex in Long-Term Relationships: A Systemic Approach to Sexual Desire Problems. *Arch. Sex. Behav.*, 31, 241-246.

Crépault, C. (2007). *Les fantasmes – l'érotisme et la sexualité*. Paris: Odile Jacob.

Desjardins, J.-Y. (1996). Approche intégrative et sexocorporelle. *Sexologies*, 5/21: 43-48.

Hertlein, K.M. et al. (2009). *Systemic Sex Therapy*. New York/London: Routledge.

Pasini, W. (2003). *Les nouveaux comportements sexuels*. Paris: Odile Jacob.

## Les auteurs

Ursula Pasini est Psychologue-Psychothérapeute FSP (psychodynamique en individuel). Elle est aussi sexologue clinicienne ASPSC/SPVKS, ASCIIF et AIHUS, thérapeute du couple ASTHEFIS et AGTF, praticienne EMDR *Eye Movement Desensitization and Reprocessing* (psychotraumatologie, abus sexuels). Elle est encore présidente de l'ASPSC/SPVKS, ancienne présidente de l'ASCIIF et ancienne coordinatrice du Certificat universitaire de formation continue en Sexologie clinique à Genève.

Laurence Dispaux est Psychologue- Psychothérapeute FSP (systémicienne), Conseillère Conjugale FRTSCC et Sexologue ASPSC/SPVKS, membre du Comité.

## Adresses

Ursula Pasini, 62 bis, Av. de la Roseaie, 1205 Genève.  
Email: [ursulapasini@sunrise.ch](mailto:ursulapasini@sunrise.ch)

Laurence Dispaux, 30, Résidence de la Côte, 1110 Morges.  
Email: [ldispaux@hotmail.com](mailto:ldispaux@hotmail.com)

## Zusammenfassung

Die Psychotherapeutinnen und Sexologinnen Ursula Pasini und Laurence Dispaux sind überzeugt, dass die Paartherapie bei sexuellen Problemen häufig die Möglichkeit bietet, auch auf systemische Ressourcen zurückzugreifen.

Die Folge ist, dass die Paare nicht nur hinsichtlich ihrer Sexualität, sondern auch zugunsten der Paarbeziehung im weiteren Sinn von Verbesserungen profitieren können – ev. sogar auch hinsichtlich ihrer familiären Beziehungen oder ihrem gesamten Sozialleben. In ihrem Beitrag erläutern die Autorinnen das Vorgehen bei der systemischen Therapie sowie die verschiedenen sexualtherapeutischen Ansätze und veranschaulichen dies anhand klinischer Beispiele.