

Désynchronisation sexuelle : une analyse fonctionnelle de l'interaction conjugale

Introduction

Les difficultés sexuelles du couple sont fréquemment conceptualisées comme des troubles individuels du désir, de l'excitation ou de la réponse sexuelle. Cette perspective conduit naturellement le clinicien à rechercher, chez chacun des partenaires, les cognitions, les émotions ou les comportements responsables de la difficulté.

Cette approche demeure indispensable mais elle présente une limite importante : la sexualité est avant tout une interaction entre deux individus autonomes. Chaque partenaire possède ses propres motivations, son propre niveau d'éveil physiologique, ses propres préoccupations, ses propres fantasmes, ses propres intentions et ses propres disponibilités. Rien ne garantit que ces différents processus soient spontanément synchronisés.

Autrement dit, les partenaires ne sont pas naturellement synchronisés sexuellement. Leur fonctionnement psychologique est autonome. La synchronisation sexuelle constitue une compétence relationnelle qui doit être continuellement construite et reconstruite au cours de la vie du couple.

Cette perspective conduit à déplacer légèrement le regard clinique. La question n'est plus uniquement de savoir pourquoi l'un des partenaires n'a pas de désir, mais comment deux systèmes psychologiques autonomes parviennent — ou échouent — à coordonner leurs motivations, leurs intentions et leurs comportements afin de construire une expérience sexuelle partagée.

La communication ouverte représente un levier essentiel de cette coordination. Cependant, elle apparaît souvent insuffisante lorsqu'elle ne s'accompagne pas d'un apprentissage plus fondamental des compétences interactionnelles nécessaires à la synchronisation du désir.

Dans notre pratique clinique, deux compétences complémentaires semblent particulièrement importantes.

La première concerne la **réceptivité sexuelle**. Lorsqu'un partenaire est engagé dans une activité non sexuelle, la synchronisation suppose qu'il puisse suspendre momentanément son intention en cours afin de devenir disponible aux informations sexuelles produites par l'autre. Cette disponibilité ne consiste pas simplement à écouter un message verbal, mais à orienter volontairement son attention vers les sensations multimodales transmises par son partenaire : le regard, la voix, la proximité, le toucher, la respiration, les expressions émotionnelles, les gestes ou encore les propositions verbales. Cette ouverture attentionnelle ne constitue pas une obligation de répondre favorablement ; elle permet simplement que la décision d'accepter ou de refuser repose sur une expérience effectivement perçue plutôt que sur une anticipation ou une habitude.

La seconde compétence concerne la **proactivité sexuelle**. Chez certains partenaires, le désir n'émerge pas spontanément mais peut être construit activement par un travail d'exploration mentale. Cette compétence consiste à rechercher des scénarios sexuels personnellement

excitants impliquant son ou sa partenaire, à les élaborer, à les communiquer progressivement puis à organiser leur éventuelle réalisation. Le désir n'est alors plus attendu passivement ; il devient un processus de construction orienté vers l'interaction conjugale.

L'hypothèse développée dans cette présentation est que certaines difficultés sexuelles ne relèvent pas principalement d'un déficit individuel de désir, mais d'une rupture de la boucle de coordination entre ces deux compétences : la capacité d'un partenaire à devenir réceptif aux sollicitations sexuelles et la capacité de l'autre à construire puis proposer des interactions suffisamment motivantes.

Le cas présenté illustre cette hypothèse à partir d'une analyse fonctionnelle de l'interaction conjugale inspirée de l'analyse structuro-fonctionnelle. Deux figures sont proposées : la première décrit l'organisation interactionnelle qui entretient la désynchronisation sexuelle (Figure 1) ; la seconde montre comment les interventions comportementales, cognitives et émotionnelles modifient progressivement cette dynamique jusqu'à permettre une resynchronisation du couple (Figure 2).

Présentation du cas

Madame, 49 ans, et Monsieur, 52 ans, consultent après vingt-quatre années de vie commune pour une diminution progressive de leur activité sexuelle. Madame rapporte être « fatiguée de toujours prendre l'initiative », tandis que Monsieur explique que « si elle avait vraiment envie, elle viendrait me chercher ». Les rapports sexuels sont devenus rares et surviennent presque exclusivement à l'initiative de Madame.

La consultation est précipitée par la découverte, par Madame, d'une cagoule BDSM dissimulée dans la sacoche professionnelle de son conjoint. Cet événement est interprété comme la preuve d'une sexualité cachée et d'un désinvestissement de la relation conjugale. Les entretiens montrent cependant que Monsieur n'entretient aucune relation extraconjugale mais développe une activité masturbatoire soutenue par des fantasmes BDSM réalisés en visioconférence avec des partenaires virtuels.

L'évaluation clinique ne met en évidence ni dysfonction sexuelle, ni trouble psychiatrique majeur, ni addiction sexuelle. La plainte apparaît essentiellement interactionnelle.

Analyse fonctionnelle individuelle

L'analyse fonctionnelle met en évidence deux organisations cohérentes mais complémentaires. Chez Madame, les nombreuses années d'initiation sexuelle ont progressivement transformé la sexualité en tâche relationnelle. Son désir devient conditionné par la preuve préalable d'être désirée. Les refus ou l'absence d'initiative sont interprétés comme un manque d'attirance, ce qui diminue progressivement sa motivation à rechercher son conjoint.

Chez Monsieur, l'absence d'initiative est entretenue par la croyance que le désir féminin doit s'exprimer spontanément. L'évitement réduit le risque de rejet immédiat tandis que la sexualité fantasmatique solitaire permet de maintenir une excitation sexuelle sans exposition

émotionnelle. Ces comportements sont négativement renforcés et contribuent à l'appauvrissement progressif des interactions conjugales.

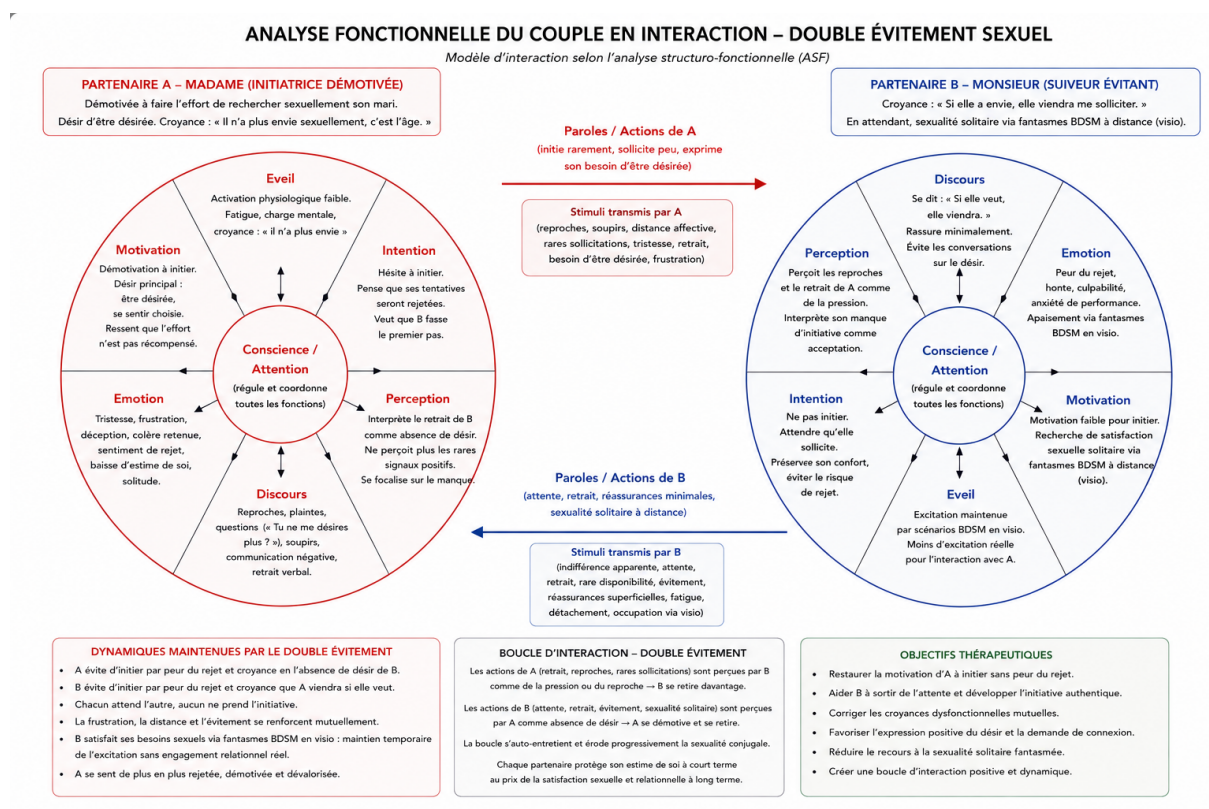
Ces deux analyses fonctionnelles expliquent le fonctionnement de chacun mais restent insuffisantes pour rendre compte de la persistance du problème.

Analyse fonctionnelle de l'interaction

L'analyse est alors déplacée du niveau individuel vers le niveau interactionnel (Figure 1). Les actions produites par un partenaire constituent les stimuli perçus par l'autre. Ces stimuli sont successivement traités par les modules de perception, de discours interne, d'émotion, de motivation, d'éveil et d'intention avant de générer une nouvelle action dirigée vers le partenaire.

Dans ce couple, la diminution des initiatives de Madame est interprétée par Monsieur comme l'absence de sollicitation attendue, ce qui renforce son inaction. En retour, cette absence d'initiative confirme chez Madame la croyance qu'elle n'est plus désirée. Les comportements d'évitement des deux partenaires deviennent ainsi mutuellement renforçants et stabilisent une boucle de désynchronisation sexuelle.

La découverte de la cagoule BDSM ne constitue pas l'origine du problème mais le révélateur d'une rupture ancienne de la coordination sexuelle. Les fantasmes de Monsieur témoignent d'une capacité préservée à construire l'excitation sexuelle, mais celle-ci demeure investie dans une activité solitaire plutôt que dans l'interaction conjugale.



Hypothèse thérapeutique

L'objectif thérapeutique n'est pas d'augmenter directement le désir sexuel mais de restaurer la coordination entre deux partenaires autonomes. Deux compétences apparaissent déficitaires : la capacité à devenir réceptif aux sollicitations sexuelles du partenaire et la capacité à construire puis proposer des interactions sexuellement motivantes.

L'intervention vise donc simultanément la réceptivité de Madame et la proactivité de Monsieur afin de modifier la dynamique interactionnelle plutôt que les seuls comportements individuels.

Intervention thérapeutique

L'intervention thérapeutique repose sur l'hypothèse que la désynchronisation sexuelle est entretenue par un déficit de réceptivité chez Madame et par un déficit de proactivité chez Monsieur. Les objectifs thérapeutiques consistent donc à développer ces deux compétences de manière complémentaire afin de modifier progressivement la dynamique interactionnelle.

Chez Madame, le premier objectif consiste à restaurer sa capacité à recevoir les sollicitations sexuelles de son partenaire. La thérapie débute par des exercices individuels de pleine conscience, indépendamment de toute situation sexuelle, afin de développer une attention stable aux sensations corporelles. Des exercices de respiration et de balayage corporel sont réalisés quotidiennement. L'objectif n'est pas la relaxation mais l'entraînement de l'attention à percevoir les sensations internes sans les juger ni chercher immédiatement à agir.

Cette compétence est ensuite progressivement transférée aux interactions conjugales. Le couple réalise des exercices à domicile dans des situations écologiques de la vie quotidienne. Par exemple, lorsque Madame est engagée dans une activité non sexuelle, comme regarder une émission de télévision, Monsieur est invité à s'approcher progressivement et à initier un contact physique non sexuel, tel qu'une proximité corporelle, une caresse sur les cheveux, le dos ou les bras. Madame reçoit pour seule consigne de suspendre momentanément son activité afin d'observer en pleine conscience les sensations produites par ces contacts : chaleur, pression, détente, plaisir éventuel, émotions, pensées ou absence de réaction. Aucun objectif d'excitation sexuelle n'est recherché à ce stade.

Lorsque cette réceptivité devient plus stable, les contacts peuvent progressivement intégrer une dimension plus explicitement affective puis sexuelle, toujours dans le respect du consentement de Madame. À chaque étape, celle-ci reste libre d'accepter, de demander l'arrêt ou de refuser la poursuite de l'interaction. Le travail thérapeutique porte moins sur la réponse sexuelle que sur la qualité de l'attention portée à l'expérience vécue.

Parallèlement, Madame est encouragée à reprendre progressivement l'initiative des interactions sexuelles. Afin de réduire l'anticipation du rejet, un contrat comportemental est établi entre les partenaires. Lorsque Madame initie une interaction et que Monsieur n'est pas disponible, celui-ci s'engage explicitement à prendre lui-même l'initiative dans un délai convenu avec le couple, généralement dans les vingt-quatre ou quarante-huit heures suivantes.

Ce contrat transforme la signification du refus. Celui-ci ne constitue plus un rejet de la partenaire mais un simple décalage temporel de la coordination sexuelle.

Chez Monsieur, l'objectif thérapeutique consiste à restaurer une capacité active de construction du désir dirigé vers sa partenaire. Les entretiens montrent que son excitation sexuelle repose essentiellement sur des scénarios BDSM élaborés en dehors de la relation conjugale. L'intervention ne cherche pas à supprimer cette activité fantasmatique mais à en modifier progressivement le contenu.

Dans un premier temps, Monsieur est invité à observer les éléments réellement excitants de ses fantasmes afin d'identifier leurs composantes fonctionnelles : dynamique relationnelle, scénarios de pouvoir, contexte, dialogues, émotions ou situations particulières. À partir de ces éléments, il apprend à reconstruire progressivement des scénarios conservant les aspects subjectivement excitants tout en y introduisant progressivement Madame comme partenaire imaginaire. Cette transformation s'effectue de manière graduelle afin de préserver le potentiel excitateur des scénarios.

Ces nouveaux scénarios sont ensuite utilisés lors des épisodes de masturbation afin de renforcer leur valeur motivationnelle. L'objectif est que l'excitation sexuelle soit progressivement associée à des représentations impliquant la partenaire conjugale plutôt qu'à des partenaires virtuels.

Lorsque ces scénarios deviennent suffisamment stables et excitants, Monsieur est invité à en communiquer progressivement certains éléments à Madame au cours des séances ou à domicile. Ce partage fait l'objet d'un travail spécifique de communication assertive où chacun peut exprimer ses intérêts, ses limites et ses éventuelles réserves sans jugement. Les scénarios retenus sont ensuite discutés, adaptés si nécessaire et donnent lieu à une programmation explicite de leur éventuelle réalisation. La sexualité cesse ainsi d'être exclusivement réactive pour devenir progressivement un projet partagé, construit conjointement avant d'être vécu.

L'ensemble de ces interventions modifie progressivement la dynamique interactionnelle. Madame développe une plus grande disponibilité aux sollicitations sexuelles de son partenaire tandis que Monsieur devient progressivement acteur de son propre désir et de son expression. Les initiatives cessent d'être unilatérales, les refus perdent leur valeur de rejet personnel et les scénarios sexuels deviennent des objets de coopération plutôt que des activités exclusivement privées. La boucle interactionnelle initialement entretenue par le double évitement évolue alors vers une boucle de coordination où les actions de chacun augmentent progressivement la probabilité de réponses positives chez l'autre.

Évolution clinique

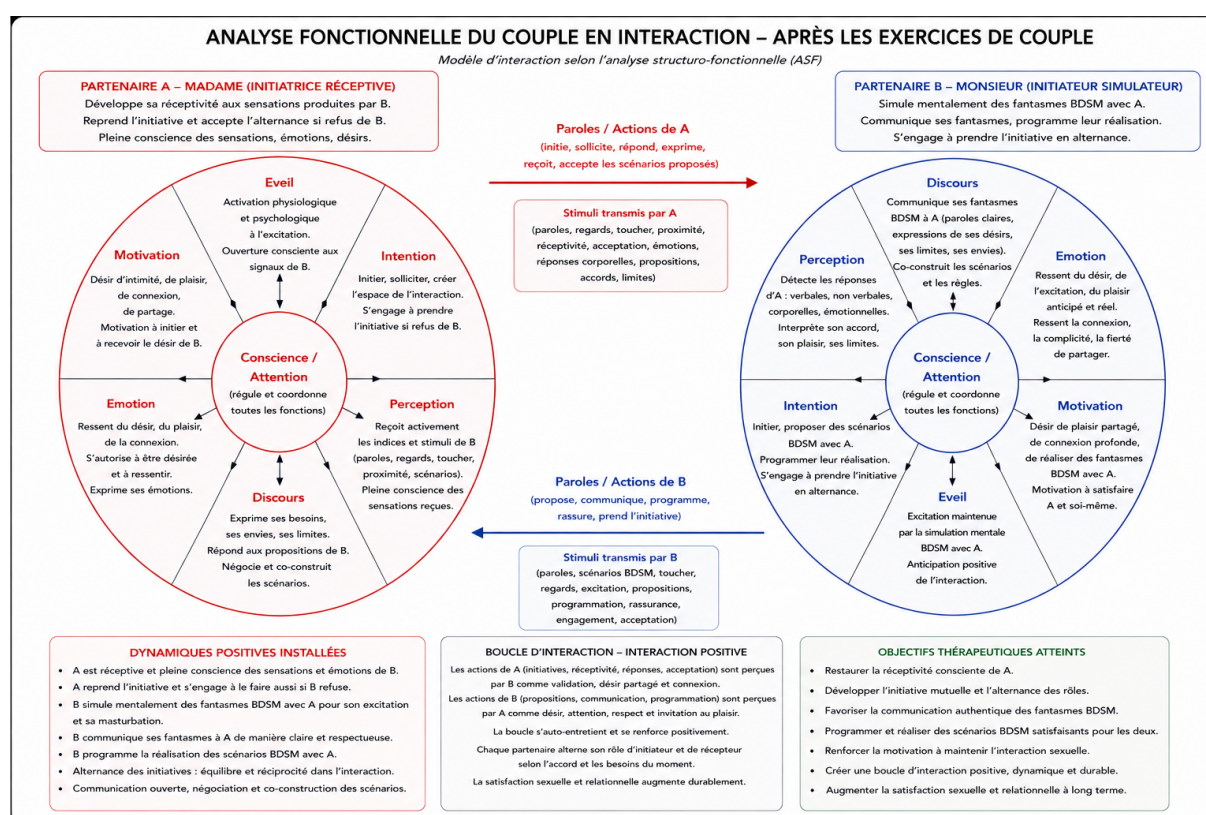
Au cours de la prise en charge, les interactions sexuelles deviennent progressivement moins réactives et davantage construites. Madame rapporte une diminution du sentiment de porter seule la responsabilité de la sexualité du couple. Les exercices de pleine conscience favorisent une plus grande disponibilité aux sollicitations de son partenaire et une meilleure discrimination entre l'absence momentanée de disponibilité sexuelle et un véritable rejet.

Chez Monsieur, les exercices de simulation mentale permettent une réorientation progressive de l'excitation sexuelle vers la relation conjugale. Les fantasmes initialement centrés sur des partenaires virtuels sont progressivement reconstruits autour de scénarios impliquant

Madame. Leur communication favorise l'émergence d'une sexualité davantage négociée, anticipée et partagée.

Le contrat comportemental concernant les initiatives modifie rapidement la signification des refus. Ceux-ci cessent d'être interprétés comme des indices de désamour ou de désintérêt et deviennent des informations sur la disponibilité momentanée du partenaire. Cette évolution réduit les comportements d'évitement observés chez les deux membres du couple.

L'analyse fonctionnelle de l'interaction met en évidence une transformation progressive de la boucle de coordination (Figure 2). Les actions de Monsieur deviennent progressivement des stimuli sexuels pertinents pour Madame, tandis que les réponses de Madame renforcent les comportements d'initiative de Monsieur. Les comportements initialement entretenus par le double évitement sont progressivement remplacés par une boucle de renforcement positif où les initiatives, la réceptivité et la communication se soutiennent mutuellement.



Discussion

Ce cas illustre les limites d'une conceptualisation exclusivement individuelle des difficultés sexuelles. Les analyses fonctionnelles réalisées séparément chez chaque partenaire permettent de comprendre leurs apprentissages respectifs mais rendent insuffisamment compte de la stabilité du problème clinique. Celle-ci apparaît davantage comme la conséquence d'une organisation interactionnelle où les comportements de chacun deviennent les conditions de maintien des comportements de l'autre.

L'analyse fonctionnelle de l'interaction proposée conduit à considérer la sexualité comme un processus permanent de synchronisation entre deux agents autonomes. Les partenaires ne partagent pas spontanément les mêmes motivations, les mêmes rythmes physiologiques ou les mêmes intentions. La synchronisation sexuelle ne constitue donc pas un état naturel du couple mais une compétence qui nécessite un apprentissage continu.

Dans cette perspective, deux processus apparaissent particulièrement importants. Le premier est la capacité à devenir réceptif aux sollicitations sexuelles du partenaire. Cette compétence suppose de pouvoir interrompre momentanément une activité ou une intention non sexuelle afin d'orienter volontairement son attention vers les informations multimodales produites par l'autre. Le second est la capacité à construire activement son propre désir en recherchant des scénarios sexuellement motivants impliquant son partenaire, puis à les communiquer et à les transformer en projets relationnels.

L'intervention thérapeutique ne vise donc pas uniquement à augmenter la fréquence des rapports sexuels ou à améliorer la communication conjugale. Elle cherche à modifier les processus qui permettent à deux systèmes psychologiques autonomes de construire progressivement une coordination sexuelle satisfaisante. Les techniques comportementales, cognitives et émotionnelles proposées prennent alors une cohérence nouvelle puisqu'elles interviennent directement sur les différents modules de la boucle interactionnelle.

Conclusion

Ce cas suggère que certaines difficultés sexuelles peuvent être comprises comme des troubles de la synchronisation plutôt que comme des troubles individuels du désir. L'analyse fonctionnelle de l'interaction permet d'identifier les mécanismes de maintien de cette désynchronisation et d'orienter les interventions thérapeutiques vers le développement simultané de la réceptivité sexuelle et de la proactivité sexuelle.

Au-delà de ce cas clinique, cette approche ouvre la possibilité de compléter l'analyse fonctionnelle classique des TCCE par une analyse des boucles de coordination entre partenaires. Elle invite ainsi à considérer la sexualité non comme une simple juxtaposition de deux fonctionnements individuels, mais comme un système dynamique d'interactions où le désir se construit, se transforme et se synchronise continuellement au sein de la relation.

Boris Guimpel-Levitzky

Psychologue clinicien – Psychothérapeute TCCE – Sexologue clinicien

Auteur de *Prise en charge des troubles sexuels par les TCCE*, Elsevier Masson, 2024.