

15 Dysfonctions sexuelles, problèmes de couple et déviations sexuelles

Marcel Proust déclarait au début du siècle : « De nos jours, le phallus s'est fait doctrinaire. » Il ne croyait pas si bien dire. Un siècle marqué par la psychanalyse, la révolution sexuelle, la sexothérapie, la pornographie pour tous à la télévision et sur Internet, les Eros-Centers, le sida, la pédophilie et le retour en force du puritanisme mériterait un autre regard que celui du voyeur sur l'exhibitionniste.

La misère sexuelle existe toujours, elle s'est simplement transformée avec l'évolution des mœurs : elle est de plus en plus solitaire et toujours plus informatisée. Elle est aussi déniée si l'on considère à la fois le succès et le torrent de critiques qu'a suscité le seul romancier à aborder de front le problème, Michel Houellebecq, dans « *L'Extension du domaine de la lutte* » et « *Les particules élémentaires* ».

L'évolution de la sexothérapie ces dernières années se caractérise par la diminution de la demande pour dysfonctions « mécaniques ». Cette diminution est sans doute liée à l'évolution des mœurs et à la diffusion de la sexothérapie dans la population générale. Pour dire les choses plus crûment, la plupart des dysfonctions sexuelles sont modifiées favorablement par des rencontres avec des partenaires de plus en plus compétents.

Bon nombre de problèmes sexuels sont probablement résolus par le changement de partenaire. D'autres problèmes, alors, sont apparus au premier plan : la mésentente et l'instabilité du couple, le divorce, la solitude, la violence dans le couple, les problèmes liés au sida et la perte du désir. L'en-nui, aussi, est sous-jacent à beaucoup de consultations. Comme le chante le Chérubin qui représente le Secret dans *The Fairy Queen* de Purcell : « *A charming night brings more delight than a hundred lucky days.* »

Ce qui manqua le plus au barbare et technocratique ^{xx}e siècle fut sans doute la légèreté et le ^{xx}e siècle est celui de l'éternel retour de Tartuffe. Néanmoins, la quête du bonheur sexuel sous-tend beaucoup de thérapies et il faut savoir répondre à cette demande.

Thérapie des dysfonctions sexuelles

Les programmes de Masters et Johnson (1971) représentent la base du traitement comportemental, mais il est souvent nécessaire d'y ajouter des techniques spécifiques, d'effectuer des variantes qui diminuent le coût du traitement classique par un couple de thérapeutes au cours d'une période intensive de traitement sur quinze jours. Les perturbations de la phase de

désir ont été abordées par les sexologues et la demande dans ce domaine est devenue de plus en plus importante.

Les programmes de Masters et Johnson

Le schéma de prise en charge suivant se déroule sur dix à quinze séances. Il n'est pas nécessaire qu'il y ait toujours un couple de thérapeutes de sexe différent dans la plupart des cas. En revanche, sur indication, il peut être utile d'effectuer une thérapie du couple par un couple.

Schéma de prise en charge

Évaluation du problème

On demande aux sujets de venir en couple. Cela représente souvent un test de motivation. Du fait que certains sujets, par leur trouble même, n'ont pas de partenaire, on est amené à voir certains patient(e)s seul(e)s. Il importe de préciser si le trouble est primaire, ou secondaire après une période de sexualité satisfaisante.

Perturbation généralisée ou situationnelle

Il faut aussi préciser si le trouble est généralisé, ou situationnel : il survient avec certain(e)s partenaires. Il convient d'éliminer une cause ou un facteur organique qui se révèle finalement plus fréquent qu'on le pensait (environ 30 %).

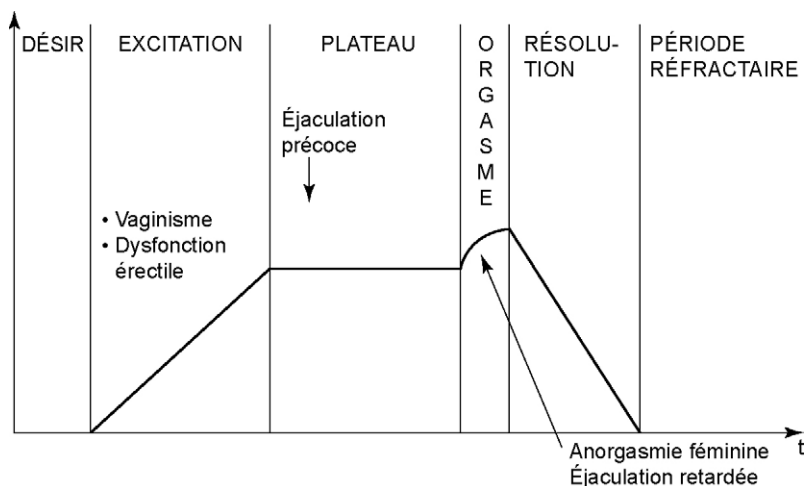
Éliminer un trouble physique

Il faut éliminer un trouble physique, même s'il est associé à des troubles psychologiques ou des perturbations relationnelles qui peuvent ne représenter qu'une conséquence, ou s'associer à un problème physique qu'ils amplifient. L'examen physique doit être complété par un bilan. Le dosage de prolactine, de testostérone et de cortisol, une glycémie, une glycosurie et des radiographies du crâne sont effectués pour éliminer une cause endocrinienne. La recherche de prise de médicaments psychotropes, en particulier de neuroleptiques (impuissance) et d'antidépresseurs (éjaculation retardée, anorgasmie féminine), doit être systématique.

Un critère d'impuissance organique est la perte d'érection nocturne et matinale ; dans certains cas, il peut être nécessaire pour l'affirmer d'effectuer des enregistrements par pléthysmographie nocturne. L'exploration du système veineux et artériel peut s'avérer en ce cas nécessaire. La dépression et les réactions de stress professionnel sont pourvoyeuses de dysfonctions sexuelles et de perte de désir. Il faut donc étudier attentivement les affects du sujet et analyser avec lui son style de vie. Il peut à lui seul expliquer, sans que le patient en ait forcément conscience au début de la consultation, ses difficultés sexuelles.

Situer la dysfonction par rapport aux réponses sexuelles

Comme on le sait, les réponses sexuelles sont précédées par une phase de désir et évoluent en quatre phases : excitation, plateau, orgasme, résolution

**Figure 15.1**

Les phases de la réponse sexuelle.

et période réfractaire avant la reprise du désir. Ces cinq périodes peuvent donner lieu à des dysfonctions sexuelles ; les principales sont représentées dans la figure 15.1.

Recueillir l'histoire personnelle

Au cours de ces séances initiales, un entretien structuré permet de recueillir une histoire personnelle et sexuelle aussi précise que possible. Le fonctionnement du couple est alors analysé et l'on peut s'aider des techniques de jeux de rôle, particulièrement en inversant les rôles pour préciser les interactions.

Échelles d'évaluation

Il n'existe malheureusement que peu d'instruments d'évaluation des problèmes sexuels en langue française et aucun, à notre connaissance, n'a pour l'instant reçu de validation. Nous avons empiriquement construit un instrument d'évaluation simple qui permet d'évaluer et de chiffrer les difficultés sexuelles et relationnelles, le désir, l'angoisse de performance et la satisfaction sexuelle d'un individu et/ou d'un couple. Cette fiche permet également d'évaluer l'évolution après traitement, et peut donner lieu à un traitement statistique et informatique pour étudier et comparer un sujet à lui-même, ou des groupes de sujets. Ce questionnaire présente deux versions, l'une destinée au sexe féminin, l'autre au sexe masculin (Bouvard et Cottiaux, 2010) a été validé.

Relation du couple

Deux cas se présentent :

- le couple a un fonctionnement adéquat et désire réellement une modification du problème sexuel ; on peut alors se centrer uniquement sur la cure du dysfonctionnement, en appliquant un programme ou une technique de réentraînement sexuel ;
- le couple a un fonctionnement particulièrement perturbé : couple sado-masochiste, fonctionnement paradoxal de la communication, comportement phobique ou obsessionnel d'un ou des deux conjoints. Dans ces cas, il apparaît nécessaire de se centrer sur l'interaction du couple et d'en effectuer une thérapie avant la cure du dysfonctionnement.

Dans tous les cas, il est utile d'effectuer une relaxation et de donner une information sur la sexualité, ce qui peut se faire par des lectures et surtout une déculpabilisation de l'intérêt pour ce genre de problèmes. Cette phase peut quelquefois suffire et amener la solution du problème par certains patients qui viennent simplement chercher une permissivité.

Rapprochement du couple

Le rapprochement du couple est un rapprochement corporel. Bien des gens ont une phobie du corps et il est classique maintenant de considérer en sexothérapie qu'un couple qui n'a pas de plaisir à se toucher représente une mauvaise indication de sexothérapie. En outre, les méthodes de rapprochement centrent essentiellement les sujets sur la peau et s'accompagnent d'une interdiction temporaire des rapports sexuels, ce qui peut avoir pour effets de désangoisser les sujets ou de les pousser à la transgression. C'est un temps d'éveil des sens (Masters et Johnson, 1971). Il y a deux niveaux dans l'éveil des sens : un niveau où les jeux sexuels sont purement non génitaux et un où ils sont génitaux.

L'apprentissage à partir d'imitation de modèles est un appoint intéressant ; il peut se réaliser de différentes manières : à partir de livres de sexothérapie, d'images ou de diapositives présentées par le thérapeute, de films représentant progressivement les étapes d'une sexualité satisfaisante où chacun peut refuser ou accepter ce qui lui convient. Il faut évidemment distinguer soigneusement de tels films de la pornographie et respecter le niveau où se situe le sujet au départ.

Cure des dysfonctionnements

Elle comprend une approche générale et des techniques spécifiques pour chaque problème particulier.

Approche générale

La cure est effectuée après les phases d'éveil des sens (*sensate focus*) I (caresses non génitales) et II (caresses génitales). Au cours de cette phase d'éveil des sens :

- l'accent est mis sur le fait qu'il faut donner du plaisir pour en recevoir ;
- l'abstinence sexuelle est de règle au début du traitement pour mettre au repos l'anxiété résultant de la répétition des essais suivis d'échecs ;

- le rôle du « spectateur » est mis en évidence et modifié. Il a été décrit par Masters et Johnson comme une des clés de l'échec sexuel, surtout dans l'impuissance. À la suite d'une éducation trop rigide, de traumatismes psychologiques ou sexuels, d'une absence de modèles adéquats ou d'une liaison homosexuelle, le sujet va devenir le spectateur de sa propre sexualité : il se regarde en action, jauge sa performance, mais n'arrive pas à s'abandonner aux sensations. L'anxiété à ce stade est importante et inhibe les performances, ce qui replace encore plus le sujet dans son rôle de spectateur. L'attente anxieuse du coït va par la suite renforcer ce mécanisme que l'on peut retrouver aussi chez la femme anorgasmique. La thérapie, en réduisant l'anxiété et en transformant le sujet de spectateur en acteur exprimant des sensations et des sentiments, lui permettra enfin des glissements progressifs vers le plaisir.

Techniques spécifiques pour les principales dysfonctions sexuelles

On trouvera une description plus détaillée dans l'ouvrage de Poudat et Jarrousse (1992). Nous présentons ici une série de « recettes » faciles à appliquer par un généraliste ou un spécialiste.

Éjaculation précoce

Selon Masters et Johnson, est dit éjaculateur précoce tout homme qui se retire dans 50 % des cas sans avoir satisfait sa partenaire. Dans le rapport Simon, consacré aux comportements sexuels des Français, le temps moyen d'un coït serait douze minutes. En fait, la meilleure définition est celle d'Hélène Singer-Kaplan (1974) qui considère que l'éjaculation précoce est une perte de contrôle du réflexe éjaculateur, en général liée à l'anxiété qui diminue l'érection et accélère l'éjaculation par excitation du système nerveux végétatif. Elle peut aboutir à une véritable phobie des rapports sexuels.

Les étapes suivantes sont recommandées pour éduquer ou rééduquer le réflexe éjaculatoire. Elles nécessitent une excellente coopération entre les deux partenaires. Il n'est pas rare d'observer des « sabotages » de ces traitements du fait d'une mésentente conjugale chronique ou aiguë.

Apprentissage d'une position de contrôle éjaculatoire

Technique du Squeeze. Au cours d'une masturbation par sa partenaire, le sujet la prévient qu'il est à une phase d'excitation où il sent que l'éjaculation est encore évitable. Celle-ci comprime alors le pénis à la base du gland, jusqu'à ce que le besoin d'éjaculer disparaisse. La même procédure est mise en place au cours d'un rapport sexuel : l'on apprend à l'homme à se retirer et à la femme à bloquer l'éjaculation en serrant le pénis entre ses doigts.

Une technique plus aisée est sans doute celle de l'« arrêt-repartir » (*stop-start*) où l'on enseigne à l'homme à percevoir les prémices de l'éjaculation et à stopper ses mouvements (et de même la femme), ce qui permet de gagner du temps et progressivement de récupérer un contrôle sur le réflexe éjaculatoire.

Par la suite, on utilise la méthode de la « position supérieure de la femme » pour les premiers rapports sexuels puis la position classique.

L'éjaculation précoce du sujet sans partenaire ou présentant des « *fiascos ante portas* » (éjaculation avant pénétration) peut être traitée par désensibilisation systématique, dont c'est une excellente indication.

Dysfonctions érectiles ou impuissance

Primaire ou secondaire, après élimination d'une cause organique, elle est traitée par un programme progressif. Après les jeux sexuels, le sujet est désensibilisé au fait de perdre ou de regagner son érection, ceci sous l'effet de stimulation manuelle ou orale-génitale. Les rapports sexuels sont interdits pendant une longue phase. Puis prescrits en position supérieure de la femme ou en position latérale : une érection importante n'est pas nécessaire dans cette position. On insiste surtout sur le fait qu'il n'y a pas obligation à avoir un coït et qu'il y aura toujours « une autre fois », ce qui peut déculpabiliser et désangoisser considérablement le patient.

Les techniques d'imagerie mentale et la désensibilisation systématique en imagination peuvent également être recommandées, surtout s'il n'y a pas de partenaire dans l'immédiat. On peut également se servir de l'arrêt de la pensée chez un sujet présentant des ruminations obsédantes qui lui faisaient perdre son érection.

Anorgasmie chez la femme

Il s'agit dans le cas d'anorgasmie primaire d'une femme qui n'a jamais pu se masturber et pour qui l'image de sa mère est celle d'une femme rigide et froide. La thérapie consiste en général en un éveil progressif des sens qui peut avoir lieu tout d'abord par la lecture de livres, la vue d'images et la pratique d'exercices sensoriels visant à donner une sensibilité plaisante à la peau. Les jeux sexuels non génitaux, puis génitaux, seront abordés ensuite. Une étape essentielle est la découverte du clitoris et des possibilités de jouissance que réserve la masturbation. Celle-ci est en effet souvent complètement inhibée chez les femmes anorgasmiques. Dans une position confortable pour la stimulation du clitoris, la stimulation sans obligation d'orgasme est appliquée par le partenaire. Puis l'orgasme est recherché. La stimulation clitoridienne doit être très progressive et peut être orale. Les premiers rapports sexuels ont lieu en position supérieure de la femme et au rythme propre de la femme qui peut alors contrôler le pénis et obtenir un orgasme. Outre ce schéma de couple, la possibilité de traiter les femmes anorgasmiques en groupe, avec un programme éducatif et des tâches sexuelles à réaliser au domicile, a été également démontrée.

Le groupe d'affirmation de soi et de discussion permet de mieux intégrer la féminité, d'augmenter l'acceptation du corps et de désinhiber le comportement sexuel. L'utilisation de matériel audiovisuel permet de structurer des programmes de masturbation progressifs à domicile. En effet, la masturbation permet d'obtenir plus probablement, plus rapidement et plus intensément un orgasme que le coït. Après ce réapprentissage du corps et du plaisir,

les rapports sexuels peuvent être abordés. L'utilisation d'imagerie mentale en cours de traitement et pendant le coït est également recommandée.

Vaginisme

Il représente certainement le dysfonctionnement sexuel féminin le plus aisé à guérir. Il consiste en la contraction du tiers inférieur du vagin qui rend impossible toute pénétration. Le traitement comprend :

- une prise de conscience et une observation du vagin par la femme (schémas, observation directe, images, etc.) ;
- une désensibilisation systématique en imagination ;
- une désensibilisation systématique en réalité suivant la phase précédente.

Elle est présentée au couple sous la forme de tâches à réaliser à domicile ; ces tâches sont rediscutées lors de chaque séance. Elles consistent en l'insertion d'un doigt puis de deux dans le vagin, puis, si nécessaire, de dilateurs de plus en plus gros, qui peuvent être laissés en place. Le but est de lever le spasme pour permettre le coït. La relaxation et les fantaisies éveillées s'avèrent efficaces également comme appoint. En cas d'échec de ces procédures, l'utilisation de vibrateurs a pu être préconisée.

Cas clinique : un vaginisme de plus de trente ans

Il s'agit d'un cas de vaginisme remontant à plus de trente ans qui a pu être guéri en une seule séance : la patiente fut relaxée en présence de son mari. Celui-ci, le soir même, relaxa sa femme et put avoir un coït, chose impossible jusque-là. Le résultat fut ensuite consolidé par une désensibilisation systématique. Le vaginisme résultait d'une éducation rigide, avec conflit important avec la mère, et d'une circonstance traumatique gynécologique particulière (polype sortant par le vagin). En outre, les différents médecins consultés avaient entretenu le problème en refusant de répondre à ses questions. Un tel cas illustre assez bien l'étiologie des dysfonctionnements sexuels : une éducation rigide, un mauvais modèle identificatoire, un apprentissage traumatique de la sexualité, un renforcement par les « conseillers » qui sont mal à l'aise avec les problèmes sexuels, un évitement du problème jusqu'à ce qu'une circonstance particulière amène à le réenvisager.

Cas clinique : un mariage non consommé

Madame B., 23 ans, souffre de vaginisme primaire. Elle vient, avec son mari, car elle ne peut consommer son mariage. Sa sœur avait le même problème au moment de son mariage et avait été guérie auparavant par moi, ce qui a entraîné sa démarche thérapeutique et des attentes *a priori* positives. Sa mère avait le même problème, mais dans le contexte n'avait pas eu de soins. Elle semble s'être améliorée partiellement car elle a eu des enfants mais, d'après ses filles, pas ou très peu de satisfactions sexuelles.

Les mêmes facteurs historiques de maintien que pour sa sœur sont invoqués, à savoir un blocage total de la masturbation et l'absence d'acceptation de toute

caresse sexuelle. Les facteurs déclenchants invoqués sont les conflits familiaux entre parents. Le père est présenté comme un homme assez violent, jaloux, contrôlant la sexualité de sa femme et de ses filles. Celles-ci soulignent que son origine sicilienne pourrait être responsable de son attitude traditionnaliste vis-à-vis de la sexualité.

Bien qu'attirée par son mari et vivant avec lui en bonne entente, elle anticipait le premier rapport comme un échec et ne supportait pas d'être touchée même sur la cuisse. La contraction du vagin empêchait toute pénétration et toute tentative de rapport sexuel s'accompagnait de monologues intérieurs négatifs du type : « encore une fois ça va louper ». Son mari, très amoureux et compréhensif, cherche à l'apprivoiser et à la relaxer sans succès.

La thérapie aura lieu selon dix séances réparties sur trois mois. Elle sera effectuée par le couple qui viendra à chaque séance. La méthode utilisée comprendra successivement la relaxation de Schultz, des explications, des lectures et la projection de diapositives sur le sujet du vaginisme. Puis sera mise en œuvre une désensibilisation systématique en imagination, sous relaxation, dont la progression est reproduite dans le [tableau 15.1](#). Les chiffres de 0 à 100 correspondent au niveau subjectif de malaise et d'anxiété vis-à-vis de chaque situation.

Puis seront proposées des tâches progressives effectuées à domicile avec son mari. Tout d'abord, des exercices dits de Kegel, qui consistent en la contraction et décontraction volontaire du vagin pour en prendre conscience. Ensuite, elle pourra réaliser l'exploration de son sexe avec un miroir, puis avec les doigts. Cette étape est suivie par la dilatation progressive du vagin, tout d'abord par

Tableau 15.1

Désensibilisation d'un cas de vaginisme primaire : progression des scènes en imagination

100	Pénétration génitale
90	Stimulation vaginale
90	Stimulation clitoridienne
90	Un doigt ou deux dans le vagin
90	Masturbation clitoridienne
70	Caresses sur les seins
60	Caresses sur les fesses
50	Caresses sur le ventre
30	Caresses sur les cuisses et proches du sexe
10	Sexualité orale-génitale (sans avaler le sperme)
0	Caresses sur la jambe
<i>Conseils généraux :</i> – auto-instructions de relaxation – imaginer sexe dilaté	

elle-même, puis par son mari (un doigt, puis deux). Enfin, ils aboutiront à des rapports sexuels avec une bonne communication. Après dix séances, les premiers rapports sexuels complets peuvent avoir lieu, avec plus ou moins de difficultés, puis plus facilement, avec un orgasme mutuel.

Résultats

La patiente et son mari sont revenus deux mois après la fin du traitement. Elle peut accepter les préliminaires sexuels et les rapports qui lui permettent d'avoir ainsi que son mari des orgasmes. Elle doit encore respecter un temps d'habitation au toucher. Cependant, auto- et hétéro-masturbation sont maintenant possibles. La patiente est satisfaite du traitement et des résultats.

Anéjaculation

Le principe est de partir de la capacité d'éjaculer existante (masturbation par exemple) et de désensibiliser progressivement le sujet, en lui montrant le caractère irraisonné de sa peur d'éjaculer qui est en général liée à une circonstance traumatique. L'imagerie mentale est utilisée pour combattre cette peur. Petit à petit, des tâches progressives permettent une éjaculation par stimulation manuelle, orale puis génitale en position supérieure de la femme. L'obtention de l'éjaculation par la partenaire qui à la fin « l'exige », représente un temps important du traitement.

La figure 15.2 résume l'ensemble des traitements proposés pour les dysfonctions sexuelles.

Les troubles du désir : modèle cognitif

Désir du trouble ? Ou bien trouble du désir ?

Le désir représente une phase qui précède l'excitation sexuelle et qui correspond à des représentations imagées et une anticipation d'activité sexuelle. La thérapie cognitive a été préconisée dans les troubles du désir, dont la parenté avec la « névrose d'échec » a été soulignée par Singer-Kaplan (1979). Elle a en effet montré, chez les patient(e)s ayant des troubles du désir, l'existence, à côté de la peur de la réalisation de l'acte sexuel, d'autres phénomènes cliniques plus discrets, comme la peur de l'intimité, la peur du succès romantique, ainsi que le rôle de la colère et de l'agressivité à l'égard du ou de la partenaire.

Ainsi comme dans le domaine de la dépression, et celui de l'anxiété, un modèle cognitivo-comportemental des difficultés sexuelles peut être proposé. Ces « cognitions » ne représentent pas une cause en soi de problème sexuel, mais un processus de traitement de l'information dont les perturbations du fonctionnement peuvent résulter de l'interaction d'une vulnérabilité biologique innée, de l'histoire individuelle et de l'action de *stimuli* actuels susceptibles de déclencher une réaction de stress.

Dans une perspective cognitive, il est intéressant d'étudier et de modifier les monologues autodévaluateurs et les images mentales qui éteignent le désir. Elles sont reliées à des postulats dysfonctionnels. Nous avons

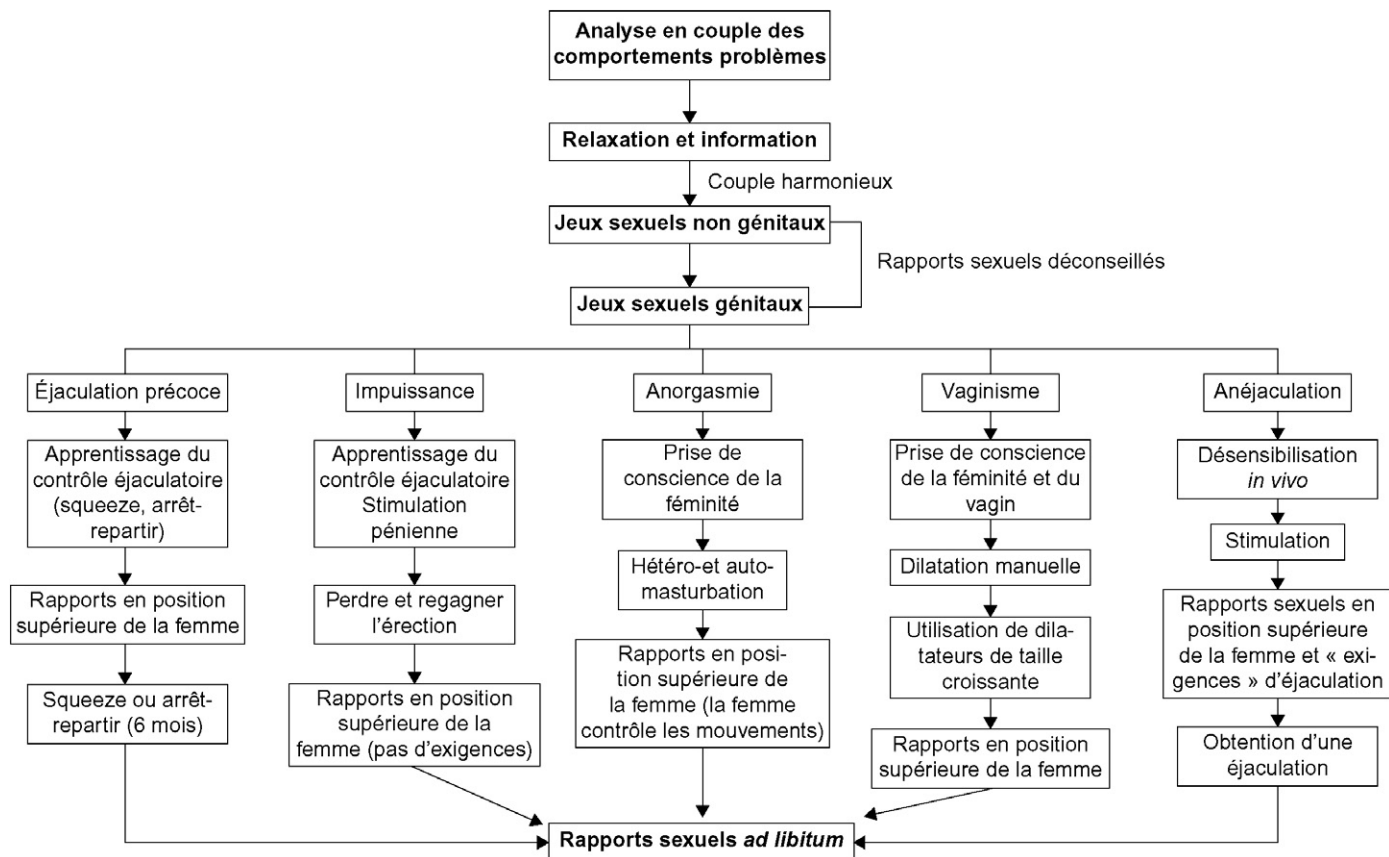


Figure 15.2

Schéma de traitement des dysfonctions sexuelles (d'après Masters et Johnson).

Tableau 15.2
Postulats dysfonctionnels concernant la sexualité

1.	L'orgasme vaginal est le seul orgasme valable
2.	L'orgasme doit toujours être simultané à celui du ou de la partenaire
3.	L'attitude sexuelle féminine doit être passive ; l'attitude sexuelle masculine doit être active
4.	La sexualité est entièrement innée : les relations sexuelles doivent donc être spontanées et ne nécessitent pas d'apprentissage
5.	Les fantasmes sexuels sont interdits, surtout s'ils mettent en scène un(e) partenaire différent(e)
6.	Les difficultés sexuelles sont innées et représentent une fatalité biologique incontournable
7.	Les difficultés sexuelles ont des causes psychologiques tellement profondes qu'elles ne peuvent être résolues que par une psychothérapie de très longue durée
8.	La masturbation est une pratique honteuse et dangereuse
9.	La vie sexuelle s'arrange forcément si la vie relationnelle du couple ou la vie professionnelle s'améliorent
10.	Le corps ne doit pas être montré car il a des aspects repoussants ou choquants

rassemblé ceux que nous avons le plus souvent rencontrés en clinique dans le [tableau 15.2](#).

La plupart des monologues intérieurs et des pensées automatiques reflètent l'éveil de sensations désagréables à l'approche du ou de la partenaire. Ils peuvent aussi concerner le sujet lui-même et dévaloriser ses caractéristiques physiques, ses capacités amoureuses ou ses possibilités d'être aimé(e). Ils peuvent aussi concerner le corps et la sexualité en général, dont le caractère animal est opposé à l'amour éthéré. Cliniquement ces sujets sont souvent très proches des dépressions mineures et chroniques. D'autres, chez qui l'anxiété domine, sont plus proches des phobiques sociaux. Mais l'élément commun aux uns et aux autres est représenté par les postulats ayant trait à l'échec sexuel, même si assez souvent les réponses sexuelles fonctionnent normalement. Il est donc intéressant, en dehors de toute préoccupation nosographique, de se centrer sur cette structure cognitive négative en thérapie.

Dans les troubles du désir sans dysfonction, l'anxiété n'est pas au premier plan le plus souvent. Et on retrouve plutôt des problèmes d'inhibition correspondant à des postulats vis-à-vis de la sexualité. Le sujet, à côté de l'évitement du contact avec l'autre sexe, présente aussi un évitement cognitif : certaines pensées ou images sont évitées. Certains monologues intérieurs obsédants interfèrent avec la vie sexuelle.

Désir et vie de couple : problèmes spécifiques

Il s'agit de certains problèmes qui semblent difficilement négociables au cours des thérapies. Tout d'abord, l'existence d'un conformisme et la bonne

performance sexuelle, ou la nécessité de l'orgasme absolument synchronisé entre l'homme et la femme peuvent créer une nouvelle forme d'obligation morale. Elle fabrique une demande « sexothérapique » en fonction de nouveaux standards qui peuvent freiner autant le plaisir que les anciens tabous.

Du côté des thérapeutes, il apparaît que la définition des buts de la thérapie avec les patients doit être faite avec circonspection et sur plusieurs séances d'analyse fonctionnelle. En particulier, il est, dans certains cas, illusoire de vouloir à tout prix concilier les réponses sexuelles, l'amour et le mariage, ces trois dimensions étant le plus souvent régies par des contingences individuelles et sociales différentes. Certain(e)s patient(e)s, lassé(e)s de la sirupeuse mélodie du bonheur, tirent même du plaisir des dissonances qu'ils créent eux-mêmes entre ces trois aspects de leur vie affective. L'élément du couple qui souffre le plus plaide pour une thérapie, que l'autre feint d'accepter, et qui de toute façon n'aura pas lieu ou s'arrêtera sans explication.

Nous devons aussi constater qu'une des dimensions essentielles de la vie sexuelle de nos patients est l'ennui. Les affres de la passion protègent sans doute de la rencontre avec le sexothérapeute. Et si nous voyons souvent Monsieur et Madame Bovary, seuls ou ensemble, jamais Tristan et Isolde ne viennent nous consulter. Même si le roi Mark au creux de la dépression vient parfois nous demander conseil.

Enfin, l'accent mis en thérapie sur la communication dans le couple peut avoir ses limites et ses dangers. Une trop grande transparence peut aggraver ou rendre insipide la relation du couple, si l'on considère que le mystère est un des éléments essentiels de la séduction. Comme le faisait dire Oscar Wilde à l'aristocratique Lady Windermere : « La base adéquate pour un mariage est l'incompréhension mutuelle. »

Ces problèmes cliniques n'apparaissent pas toujours lors de l'analyse fonctionnelle et sont parfois découverts par les patient(e)s et les thérapeutes en cours de thérapie. À côté d'une relation négative avec le thérapeute, ils représentent peut-être une explication de certains échecs et de certains perdus de vue en cours de traitement. Ils justifieraient de plus amples investigations.

La sexualité du troisième âge

Il faut souligner qu'elle est possible contrairement à un préjugé répandu. Un certain nombre de phénomènes physiologiques comme la diminution de l'érection, la perte du besoin d'éjaculer ou le ralentissement de l'éjaculation n'empêchent pas les rapports sexuels. De même, l'involution du système génital féminin peut être traitée par hormonothérapie. Il s'agit donc dans ce cas d'informer et de déculpabiliser.

Thérapie de couple

La thérapie de couple a connu successivement deux modèles : tout d'abord, la thérapie comportementale fondée sur les principes d'apprentissage opérant et l'apprentissage social par observation de modèles, puis le modèle

cognitif. La thérapie comportementale de couple a été mise au point par Jacobson et Margolin (1979) qui se sont fondés essentiellement sur le développement des compétences sociales, de la communication positive et des capacités de résolution de problème. La thérapie cognitive de couple développée par Beck (1988) puis Dattilio et Padesky (1990) se fonde sur le modèle du traitement de l'information et cherche à accroître la perception des relations et des distorsions cognitives, à modifier les pensées automatiques négatives et les schémas cognitifs dysfonctionnels, et utilise beaucoup des tâches cognitives. Le recouplement des deux méthodes est important et la plupart des cliniciens les combinent.

Thérapie comportementale de couple

Le modèle qui sera présenté est celui de Bornstein et Bornstein (1986). Il se fonde tout d'abord sur l'étude des facteurs qui influencent la mésentente et le divorce.

Les *facteurs sociaux et économiques*, en particulier l'élévation du niveau de vie, la culture ambiante, qui valorise le narcissisme, et les aléas économiques, sont des facteurs bien connus de divorce.

Les *facteurs personnels* résultent des attentes individuelles et des idéaux romantiques. Ainsi, Bornstein et Bornstein (1986) définissent douze illusions romantiques sur le couple fréquemment rencontrées en clinique (tableau 15.3). On peut résumer ces illusions par la conclusion du célèbre mélo *Love Story* : « Aimer, c'est n'avoir jamais à dire qu'on est désolé. »

Les *facteurs relationnels* correspondent à la transformation de la relation positive en relation négative par des mécanismes souvent subtils de punition et de non-communication :

Tableau 15.3
Douze illusions romantiques sur le couple

1.	L'amour continuera sans faiblir
2.	Elle (il) anticipera mes pensées et désirs
3.	Elle (il) ne sera jamais en colère avec moi
4.	Elle (il) cherchera toujours à me faire plaisir
5.	L'amour signifie n'avoir jamais à être en colère au sujet du (de la) partenaire
6.	L'amour signifie vouloir toujours être ensemble
7.	Nos intérêts, buts et valeurs resteront les mêmes
8.	Le (la) partenaire sera toujours sincère, direct(e) et ouvert(e)
9.	Je serai toujours respecté(e), compris(e) quoi que je fasse
10.	Ce serait terrible s'il (elle) devait me critiquer, m'embarrasser ou me déconsidérer
11.	Sexualité et affection ne déclineront jamais
12.	Nous devons toujours être d'accord sur les choses importantes

- certains comportements deviennent déplaisants ;
- certains comportements sont punis ;
- la réciprocité positive a fait place à une réciprocité négative ;
- communication négative : l'intention positive peut être interprétée négativement.

Les *facteurs cognitifs* correspondent aussi à certains postulats fréquents concernant la vie de couple, par exemple :

- le désaccord est toujours destructeur ;
- on doit être deviné(e) par l'autre ;
- le (la) partenaire ne peut changer ;
- la perfection sexuelle doit être atteinte ;
- le stéréotype du rôle sexuel est au premier plan : la femme et l'homme ont des besoins relationnels différents.

Le thérapeute doit avoir confiance en lui et développer une attitude humaine et compréhensive. Il doit être capable de révélation sur lui-même (ou elle-même), ce qui permet l'identification en utilisant la solution de ses propres difficultés comme modèle. Il doit contrôler et structurer la thérapie. Il est actif, intervient souvent, avec un langage clair et sans ambiguïté. Il établit des ponts entre affects et comportements. La relation thérapeutique positive est à égale distance des deux membres du couple. Il utilisera souvent l'humour comme technique de décentrement.

Principes

Tout d'abord sera envisagée l'histoire du couple puis présenté le modèle d'intervention. On peut se servir du plan suivant :

- histoire du couple ;
- historique du « roman » du couple ;
- qu'aimez-vous en elle, lui ?
- décadrer et recadrer les accusations mutuelles ;
- comportements et renforcement ;
- changer l'autre en changeant soi ;
- chercher le compromis ;
- les bases : respect, compréhension, sensibilité à l'autre.

Après cette introduction effectuée sur une ou deux séances, on passera aux techniques de communication.

Techniques de communication

Le jeu de rôle est la méthode la plus fréquemment mise en place. Il est plus facile à deux thérapeutes de sexe différent.

Le but est de spécifier les comportements problèmes et d'en faire l'analyse fonctionnelle, puis de les modifier. La spécification comportementale s'effectuera à travers des questions directes après le jeu de rôle.

1. « Qu'avez-vous senti ? »
2. « Quel comportement de votre partenaire a provoqué ce sentiment ? »

Tableau 15.4
Comportements « moléculaires »

Positifs		Négatifs
1.	Positif	Hargneux
2.	Souple	Interrompt
3.	Bref	Catastrophisme
4.	Affirmé	Querelleur
5.	Non défensif	Généralise
6.	Personnel (« je »)	« Toujours, jamais »
7.	Approbateur	Hors sujet
8.	Voix appréciative	Exigeant, blessant
9.	Exprime affection	Insultant
10.	Sincérité plus mesurée que brutale	Sarcasme, critique blessante

3. « Dans quelles conditions le comportement de votre partenaire a eu lieu ? »

- Lecture de la pensée : « Je sais ce qu'il ou elle pense. »
- Comportements non verbaux.
- Comportements « moléculaires » verbaux et non verbaux, positifs ou négatifs.

Il est alors utile de s'aider de grille permettant l'analyse fonctionnelle des comportements « moléculaires » en interaction (tableau 15.4).

Le thérapeute aidera les patients à développer l'expression des sentiments qui peuvent être inhibés par une éducation rigide. On modifiera progressivement les comportements par des jeux de rôle, *feedback*, modèles présentés par le ou les thérapeutes, répétition, instructions, doublage, supervision, etc. (voir chapitre 9). Enfin, des tâches comportementales et des contrats seront établis.

Les thérapies de couple par contrats

Les contrats de couple servent pour la désescalade des situations agressives dans le couple, en précisant quels comportements chacun changera en fonction de quel changement chez l'autre.

Règles de base des contrats de couple

- Les contrats décrivent qui doit faire quoi pour qui et dans quelles circonstances.
- La négociation d'un contrat doit être ouverte et franche, libre de coercition explicite ou subtile.

Contrats de contingences de renforcement

- Le contrat a pour dessein d'utiliser une compréhension de l'ici et maintenant des modalités de couple, pour projeter une meilleure vie future ensemble.

2. L'approche ne s'intéresse pas à ce que le couple a pu faire dans le passé. Pas d'incrimination de fautes, ni d'accusations, ni de récriminations.
3. Il n'y aura à aucun moment de coercition d'aucune sorte, vous négociez ensemble un agrément.
4. Le consultant s'intéresse seulement à faciliter le processus de négociation.

L'arrangement spécifiera ce que vous voulez l'un de l'autre et ce que vous voulez donner en retour.

Caractéristiques des contrats de couple

1. Les termes doivent en être exprimés dans des mots simples, explicites et clairs à comprendre.
2. Pour qu'un contrat soit efficace, il doit susciter une occasion pour chaque participant d'obtenir un niveau maximal de renforcement et de diminuer ses coûts et ses pertes dans la partie de sa vie couverte par le contrat.
3. Les comportements inclus dans le contrat doivent appartenir au répertoire de la personne qui est d'accord pour les effectuer.
4. Le couple doit être éclairé sur les règles de base.
5. Une alliance thérapeutique doit s'instaurer.

La thérapie comportementale de couple

Techniques spécifiques

Le rapprochement corporel du couple a pour but de vaincre la phobie du corps en centrant les sujets sur la peau. On établit une interdiction temporaire des rapports sexuels dans le but de diminuer l'angoisse anticipatoire vis-à-vis des relations sexuelles, qui sont reprises à deux niveaux : un niveau où les jeux sexuels sont purement non génitaux et un niveau où ils sont génitaux. On suggère aux patients d'avoir du plaisir et d'en donner sans recherche de la performance.

La méthode du « symbole nucléaire du couple » peut être mise en place au cours de la thérapie, puis suivie de tâches à domicile. Il correspond à un souvenir commun (musique, endroit, situation) qui a marqué la cristallisation du couple et sa formation. On demande au couple de se le remémorer ensemble et de se rapprocher ensuite physiquement.

Résolution de problème

Cette technique consiste à considérer le conflit de couple comme un problème commun à résoudre. Le thérapeute aide le couple à parcourir les sept phases de la résolution de problème après avoir identifié le problème et fait le choix d'un moment et d'un lieu pour le résoudre :

1. Définir le problème avec précision.
2. Accepter le problème et rechercher une solution.
3. Spécifier des buts.
4. Envisager toutes les solutions possibles (*brain storming*).
5. Choisir une solution, en général un compromis.

6. Appliquer la solution et évaluer le résultat.
7. Améliorer, réviser, renégocier.

Le maintien du couple n'est pas toujours la meilleure résolution du problème et, dans certains cas, la séparation constructive du couple sera la meilleure solution.

Maintenance et prévention

Elle est assurée par des tâches dont le but est d'accroître les comportements naturellement renforcés dans l'environnement. Le renforcement thérapeutique est progressivement diminué. On établit un système de « contrôle par le stimulus » : lieux, moments et personnes associés avec les interactions positives du couple – on retrouve là le symbole nucléaire du couple. On suggère le développement de l'autocontrôle et la résolution de problèmes sans thérapeute. Finalement, dans les cas favorables, une thérapie mutuelle dans le couple se met en place.

La thérapie cognitive de couple

Elle se différencie de la thérapie comportementale par l'accent mis sur les schémas et le rôle de leur modification dans le processus thérapeutique. De même, il est important de souligner que la conceptualisation de l'interaction du couple selon le modèle cognitif apporte un éclairage supplémentaire à l'analyse fonctionnelle strictement comportementale. Le modèle proposé par Dattilio, qui est reproduit dans la figure 15.3, montre les étapes de cette conceptualisation.

La thérapie cognitive de couple se sert des techniques suivantes :

1. Techniques de recadrage : repositionner par écrit les traits négatifs.
2. Modification des distorsions cognitives.
 - Apprendre au couple le modèle cognitif.
 - Rechercher les pensées automatiques.
 - Déterminer les distorsions et schémas.
 - Modifier les pensées automatiques.
 - Rassembler des données pour et contre le schéma dans le passé.
 - Alternatives aux schémas de l'un et de l'autre.
 - Tester le schéma par des expériences comportementales.
 - Avantages et désavantages du schéma.
 - Mise en question de prédictions du schéma.
3. Communication.
 - Écouter :
 - ne pas interrompre ;
 - clarifier ;
 - réfléchir à ce qu'on a entendu.
 - Parler :
 - parler attentivement ;
 - questions ouvertes ;

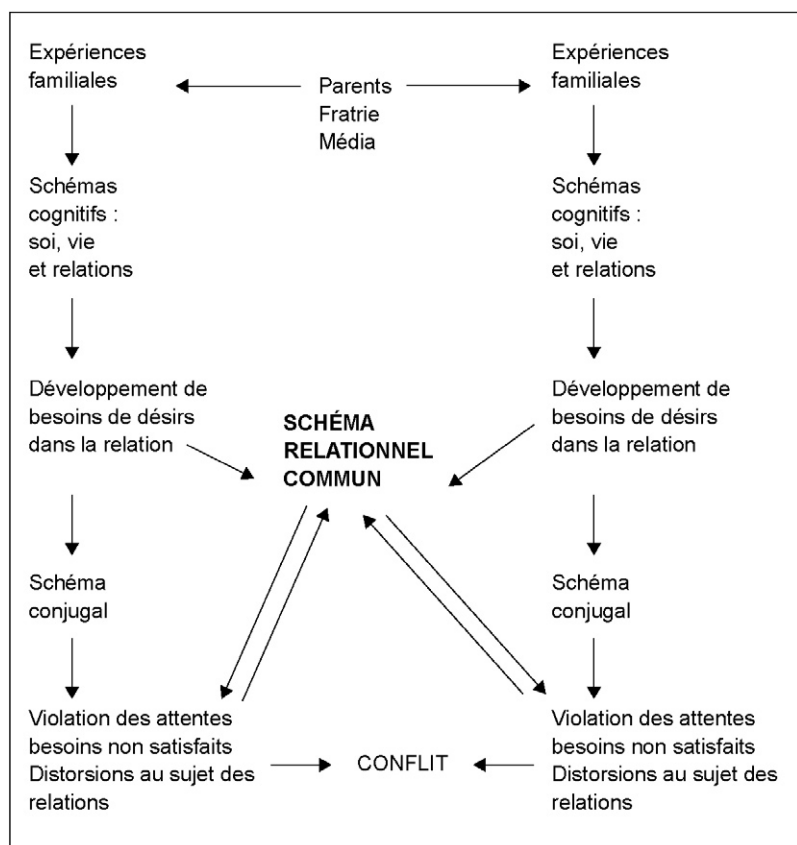


Figure 15.3

La thérapie cognitive de couple : modèle de Dattilio. Développement des schémas dysfonctionnels communs (d'après Dattilio et Padesky, 1990).

- accepter le silence ;
- *ne pas interroger de manière intrusive.*

- Résumer

4. Résolution de problème (voir plus haut).

Thérapies des déviations sexuelles

L'apport des thérapies cognitives et comportementales s'avère assez limité. Le traitement de tels patients dans un cadre coercitif rend difficile l'établissement d'une réelle motivation au changement. Seuls les sujets qui souffrent de leur état et qui ont une organisation de leur sexualité qui ne soit pas purement déviante peuvent bénéficier d'une thérapie. Il faut se méfier des pseudo-

demandes dictées par l'opportunité d'une bonne présentation au tribunal. Elles n'aboutiront à rien une fois le verdict rendu. S'il existe des conditions minimales de liberté et de motivation, certains sujets peuvent être traités. Les techniques que nous allons décrire n'ont été présentées que sous la forme d'études de cas ou de statistiques non contrôlées, mais elles peuvent aider certains cas individuels et doivent donc rester dans l'arsenal thérapeutique.

Désensibilisation systématique

Il est possible, chez certains exhibitionnistes, de réduire leurs angoisses vis-à-vis de l'autre sexe par désensibilisation systématique (Rognant, 1970) : le développement d'une hétérosexualité satisfaisante peut alors rendre caduc le comportement déviant défensif. Mais il s'agit là de sujets véritablement marginaux par rapport à l'ensemble des exhibitionnistes.

Reconditionnement orgasmique

Il a été proposé pour traiter les pédophiles et les exhibitionnistes. Le sujet se masturbe avec des fantaisies déviantes, mais il a pour tâche de modifier ses fantaisies déviantes en fantaisies hétérosexuelles au moment de l'orgasme pour que celui-ci soit associé à l'hétérosexualité.

Sensibilisation interne ou couverte

Mise au point par Cautela (1975), elle se sert de l'imagerie mentale selon les principes du conditionnement opérant. Diverses procédures sont utilisables. Il s'agit d'une technique très maniable, bien que de faible efficacité.

Renforcement positif par sensibilisation interne

On fait imaginer au sujet la scène redoutée (par exemple, être sur une place publique). Après avoir imaginé cette scène, le sujet se renforce par une scène agréable pour lui (être tranquille à la maison en écoutant de la musique). Nous avons pu ainsi améliorer considérablement un sujet agoraphobe avec dépersonnalisation.

Renforcement négatif par sensibilisation interne

Par exemple, un sujet impuissant peut imaginer qu'il a une dispute violente avec son patron. Immédiatement après, il doit imaginer qu'il est au lit avec une femme et détendu.

Extinction par sensibilisation interne

Elle consiste à faire imaginer par exemple à un sujet éreuthophobe qu'il rougit en public, que personne ne le remarque et qu'il n'y a aucune conséquence négative pour lui.

Imitation de modèles par sensibilisation interne

Il peut s'agir d'un modèle positif. Il est demandé au sujet d'imaginer une personne qui accomplit l'action qu'il n'ose accomplir et qui en retire des

conséquences positives. En général, nous utilisons la procédure suivante : tout d'abord mis en position d'observateur d'un scénario qu'il élabore, à l'instigation du thérapeute, le sujet prend ensuite un rôle actif en imagination. Puis il reçoit la tâche de réaliser en réalité ce qui a été imaginé. Pour les sujets inhibés, phobiques, phobiques sociaux ou ayant des problèmes sexuels, cette méthode peut précéder un jeu de rôle qu'un sujet trop inhibé ne peut aborder.

Il peut s'agir d'un modèle négatif. On demande au patient d'observer, en imagination, un modèle qui retire des conséquences négatives de son comportement. Par exemple, boire de l'alcool donne la nausée fumer entraîne l'impuissance, ou avoir une activité délinquante se traduit par une peine de prison.

Autocontrôle par sensibilisation interne

1. Il consiste à imaginer des conséquences déplaisantes à un comportement (par exemple, boire et ensuite vomir ou perdre de l'argent).
2. Corrélativement imaginer des conséquences plaisantes à l'échappement, ou l'évitement du comportement jugé nuisible par le patient. Par exemple, au lieu de boire, d'aller se promener et acheter une robe. Il y a donc élimination d'un comportement, mais aussi construction d'un autre.

La séquence (2) peut être utilisée seule ; d'ailleurs, nous donnerons ci-dessous un exemple de ce type d'autocontrôle.

Il est utilisé surtout chez les alcooliques, les usagers de drogues, les tabagiques, les obèses, dans les problèmes d'orientation sexuelle (déviations sexuelles). L'avantage de la sensibilisation interne est sa maniabilité, son faible coût, et le fait que ce soit le sujet qui en contrôle toute la procédure. Même si l'on utilise dans certaines scènes des *stimuli* désagréables (aversifs), ils sont produits par le sujet. Il est nécessaire que l'image ait des effets assez intenses sur le plan psychologique. Un accord préalable entre thérapeute et patient est fait sur la nature des *stimuli* utilisés. Il existe même des échelles à nombreux items permettant de coter les renforçateurs positifs. Cependant, un nombre assez important de séances et de répétitions (dix à vingt-cinq séances) est nécessaire. Cette méthode est une méthode d'appoint dans le traitement des diverses addictions.

Cas clinique : traitement d'un comportement de viol par sensibilisation interne

Demande de traitement

Le patient avait été inculpé pour tentative de vol de sac à main. En fait, il s'agissait d'une tentative de viol que le sujet avait réussi à faire passer auprès de la police en tentative de vol. Il consultait en vue de trouver un traitement qui le débarrasserait de ces compulsions qui aboutissaient parfois à des tentatives de viol. Il n'était pas contraint de se soigner par décision de justice et il fut traité dans un cadre libéral.

Histoire personnelle

Âgé de 22 ans, le patient était l'enfant de parents divorcés. Son père avait quitté sa mère alors qu'il avait 9 ans. Il avait été ensuite jusqu'à l'âge de 16 ans élevé par sa mère qui ne s'était pas remariée. Par la suite, instable, présentant des troubles caractériels, il avait été renvoyé de plusieurs écoles et collèges. Depuis l'âge de 16 ans, il logeait en collectivité et avait des emplois irréguliers. Les bagarres de « blousons noirs », une errance qui l'amena à accompagner des hippies dans leurs voyages, quelques expériences psychédéliques – dont l'une au LSD, suivie d'une bouffée hallucinatoire transitoire – marquent son existence. Sa vie sexuelle est par ailleurs normale. Il a des rapports sexuels satisfaisants avec diverses compagnes. Il a eu une seule fois des attouchements homosexuels qui l'ont dégoûté. Il effectue son service militaire dans les conditions normales. À cette époque, il attrape la gale à la suite de rapports sexuels, ce qui représente un souvenir particulièrement déplaisant pour lui. Au moment du traitement, il vit chez son père et très loin de sa mère. Il a depuis six mois un emploi régulier. Il supporte mal l'ambiance de la maison paternelle et ira dans un foyer.

Le comportement cible : le comportement sexuel

Sa première tentative de viol a eu lieu alors qu'il avait 16 ans, sur la personne de sa mère (il ne vivait plus chez elle à ce moment-là). Celle-ci l'avait conduit chez un psychiatre qui avait fait un électroencéphalogramme et donné un traitement banal. L'électroencéphalogramme était négatif. La patiente ne dit pas au psychiatre qu'il avait voulu la violer. Il ne prit pas le traitement que ce dernier lui avait prescrit. Pendant cinq ans, le sujet n'avait pas effectué de nouvelle tentative mais, depuis six mois, était apparue une compulsion à violer se déroulant de la manière suivante :

- il se promène en ville, en mobylette, la nuit, avec des fantasmes de viol, il a l'impression d'être contraint par une force extérieure à commettre un viol ;
- il cherche des femmes court-vêtues dans des voitures qu'il repère au feu rouge... Alors, dit-il, « il voit rouge », et prend l'une d'elles en chasse. Certains *stimuli* déclenchent particulièrement son attraction : le fait que la femme soit peu vêtue, porte une minijupe, soit très parfumée (en particulier B. de F.), le fait qu'elle porte un pull blanc. Il faut remarquer que le pull que portait sa mère au moment de sa première tentative était blanc ;
- il cherche à bloquer cette femme dans une rue déserte et à la violer au moment où elle descend de voiture. C'est ce qu'il a fait récemment et qui a motivé son arrestation ;
- du fait de la gêne que lui procurent ses compulsions, il utilise parfois une forme d'arrêt de pensée de façon à les bloquer. Au moment où il part en chasse, il s'arrête dans un café, boit une consommation, « change ses idées », rentre chez lui au lieu de poursuivre sa chasse et, en général, se masturbe.

Il souffre de ces troubles depuis six mois mais, depuis deux mois, ce scénario se déroule tous les soirs et aboutit à la tentative qui l'amène au traitement. Au total, il a effectué quatre tentatives entre avril et octobre. Dans trois cas, les victimes ont réussi à s'échapper. Dans un cas, il avait réussi à déshabiller sa victime, mais il a eu alors une perte d'érection et la victime s'est enfuie.

Le déclenchement : deux points méritent d'être soulignés

- Il a eu une aventure avec une femme un peu plus âgée que lui. Cette aventure s'est interrompue trop prématurément à son gré et il s'est senti rejeté, il y a environ six mois, ce qui a déclenché les compulsions dont la fréquence et l'intensité ont ensuite augmenté. Il n'a jamais pu revoir cette femme et l'a longtemps cherchée.
- Depuis cette date, il est impuissant, ce qu'il a vérifié auprès d'une prostituée. Il n'ose pas sortir avec des filles, se contente d'être voyeuriste dans les W.-C. Il considère d'ailleurs le viol comme la recherche d'une excitation supplémentaire. À ce moment, il s'est séparé d'une jeune fille de son âge dont il ne pouvait supporter la présence.

Programme de traitement

Le patient réclamait un traitement qui « le remettrait en place ». Après un long entretien initial fut établi un programme qui aboutit à la mise en œuvre de sept séances de conditionnement par sensibilisation interne. Le programme avait pour but à la fois d'éliminer le comportement de viol et de renforcer la sexualité normale. Il comprenait :

- des scènes d'autocontrôle ;
- des scènes de renforcement positif de la sexualité normale ;
- dans les deux dernières séances, il fut ajouté deux autres scènes utilisant l'autocontrôle par l'intermédiaire d'un modèle imaginaire.

Les scènes d'autocontrôle

Elles reproduisent sous relaxation légère et en imagination les *stimuli* déclenchant le comportement que nous avons décrit ci-dessus. Cependant, au moment d'attaquer sa victime, il devait imaginer qu'elle se retournait, qu'elle avait la gale et qu'elle était défigurée, que la rue était surveillée par la police, qu'il se retrouvait en prison où ses codétenus se moquaient de lui car il était incarcéré pour un motif vraiment peu glorieux : violer une femme laide. Ces scènes avaient été suggérées par le patient au thérapeute comme seules susceptibles d'assurer l'autocontrôle.

Les scènes de renforcement de la sexualité normale (sept séances)

Elles correspondaient au renoncement à la poursuite et à son remplacement par une sortie avec une femme agréable avec qui, en fin de soirée, il avait des rapports sexuels avec une puissance sexuelle normale. Les femmes *stimuli* furent présentées de la manière suivante : en partant de son ancienne maîtresse qui l'avait abandonné et à qui il restait attaché pour aller vers

d'autres filles plus jeunes, connues et inconnues, en lui demandant d'affaiblir progressivement la première image et de la remplacer par d'autres.

Des scènes utilisant le modèle imaginaire ou couvert (*covert modeling*)

Elles furent ajoutées à la passation du programme précédent pour les deux dernières séances. Cela a paru utile car le sujet présentait une série de cauchemars ayant trait au meurtre et à la violence, ce qui l'inquiétait. Les buts étaient de renforcer la discrimination entre le fantasme et la réalité et d'apprendre au sujet à se contenter d'imaginer ou de voir plutôt que de passer à l'acte. Il était pris lui-même comme modèle.

Il lui était demandé de s'imaginer qu'il prenait en chasse une femme pour la violer et qu'au lieu de poursuivre son entreprise, il allait au cinéma pour assister à un film de violence comportant un viol. Mais tout au long de cette présentation, il devait sans cesse se dire qu'il était au cinéma et se présenter non seulement l'image, mais aussi l'écran et l'ambiance de la salle de cinéma. Nous utilisons donc l'autocontrôle à partir d'un modèle imaginaire.

Chaque ensemble de scènes était suggéré dix fois par le thérapeute et répété ensuite dix fois, sans incitation verbale par le patient lui-même au cours de chaque séance, avec de légères variantes pour éviter la monotonie. Le patient avait pour tâche assignée de répéter les scènes de dix répétitions, ce qu'il fit de façon plus ou moins régulière. Les huit séances auront lieu en deux mois.

Résultats de la postcure

Au bout de six séances, le sujet au départ sceptique bien que très coopérant commença à dire qu'il était dégoûté du viol. Après un total de huit séances, le sujet décida d'arrêter le traitement car il estimait que les buts étaient atteints, tout au moins en ce qui concernait les tentatives de viol.

Les résultats sont évalués par le thérapeute, le père du sujet et deux médecins qui le suivaient par ailleurs.

Après un an, les tentatives de viol ont complètement disparu. Le sujet dit ne plus avoir de désir de violer. Cependant, lorsqu'il voit une femme court-vêtue à un feu rouge, il a parfois des désirs sexuels qui auparavant l'auraient conduit à effectuer une tentative de viol. Mais ses pensées et ses images mentales ne vont pas si loin et il transforme celles-ci en un désir d'avoir des rapports sexuels normalement avec cette personne.

Deux mois après la fin du traitement, le sujet s'était mis en ménage avec une jeune fille. Dans un premier temps, ils présentaient tous deux une certaine inhibition sexuelle. Finalement, le couple a résolu tout seul le problème en ayant progressivement des rapports sexuels. Il a d'abord au début de leur liaison parlé de ses tentatives de viol et du traitement suivi. Son amie, d'abord choquée, a accepté ce passé. Par ailleurs, tous deux se déclarent satisfaits des relations sexuelles qu'ils ont et le jeune homme trouve qu'il a acquis dans ce domaine un certain raffinement qui contraste avec son agressivité antérieure.

L'intégration sociale est bonne, il travaille régulièrement et vit indépendamment de sa famille avec qui les relations se sont améliorées.

Le sujet considère que la thérapie a eu un rôle important dans son changement de comportement, mais que l'attitude de son amie vis-à-vis de son trouble a eu un rôle tout aussi important. On peut remarquer que le changement de comportement acquis au cours de la thérapie lui a permis de vivre avec une femme, d'une manière différente, et en révélant les difficultés qu'il avait eues, ce qui a certainement entraîné un meilleur fonctionnement du couple.

Rappel quinze mois après la fin du traitement : le patient appelle au téléphone le thérapeute. Il a à nouveau des compulsions mais il n'est pas passé à l'acte. Il a réussi à se contrôler en utilisant des scènes aversives (être pris par la police, avoir un flic derrière lui). L'électroencéphalogramme effectué à sa demande est normal. On effectue un rappel en utilisant une méthode d'autocontrôle cognitif, d'où l'aversion est éliminée. Il attribue au printemps la reprise de ses compulsions. La procédure combine l'arrêt de la pensée et la sensibilisation couverte :

- le patient imagine la scène, où il va violer une femme qu'il a suivie ;
- il signale au thérapeute en levant le doigt qu'il est en train de visionner la scène ;
- le thérapeute lui dit « stop » d'une voix forte ;
- le sujet se dit à lui-même (à haute voix puis intérieurement) : « il faut changer de pensée » ;
- il choisit une scène agréable, soit le loto où il gagne, soit une scène sexuelle non violente, soit une scène sexuelle énergique plus que violente avec une partenaire consentante.

Trois séances correspondant chacune à vingt présentations de l'image sont effectuées. Les compulsions disparaissent dès après le coup de téléphone au thérapeute (renforcement partiel).

En outre, le patient effectuera pendant trois semaines des séances à domicile.

Il pourra voir avec son amie le film *Viol et châtiment* (*Lipstick*) sans être spécialement excité. Il s'endormira même en cours de projection.

Vingt-deux mois après le traitement initial : revu avec son amie, le résultat apparaît stable. Il présente simplement quelques difficultés professionnelles (ne supporte pas les cadences de travail).

Dans les dix ans qui ont suivi, le patient n'a pas repris contact, ni le tribunal ou un expert judiciaire.

Conclusion : limites des sexothérapies

On ne voit en clinique qu'une minorité de problèmes sexuels, qu'il s'agisse de dysfonctions ou de déviations. La plupart soit demeurent une misère cachée, soit sont bien supportés, soit sont très mobiles, soit encore, et plus vraisemblablement, sont améliorés par le hasard des rencontres qui rendent

un service thérapeutique spontané. Cependant, on manque de statistiques récentes et surtout fiables à ce sujet.

Les dysfonctions sexuelles stables au-delà d'une année représentent une excellente indication de thérapie comportementale, de même que les problèmes de couple qui ne sont pas forcément associés à une dysfonction sexuelle. Les modèles cognitifs et les thérapies cognitives s'appliquent à la compréhension et au traitement des troubles du désir et des problèmes de couple dont ils ont renouvelé la conceptualisation et l'approche thérapeutique. Les TCC répondent aux attentes de la majorité des patients. Soixante à quatre-vingt-dix pour cent des cas sont significativement améliorés selon les statistiques, les thérapeutes et le type de dysfonction.

La thérapie des déviations sexuelles, telle que nous l'avons présentée, doit se limiter aux patients ambulatoires, volontaires et non institutionnalisés. Des recherches sont à mener aussi bien sur le plan biologique que psychologique pour mieux comprendre des problèmes comme celui de la pédophilie. La création d'unités de traitement et de recherche spécialisées permettrait sans doute une avancée sur une problématique jusque-là immergée.

Bibliographie

- Beck, A. T. (1988). *Love is never enough*. Londres: Penguin Books.
- Bornstein, P. H., & Bornstein, M. T. (1986). *Marital therapy. A behavioral-communication approach*. New York: Pergamon Press.
- Bouvard, M., & Cottraux, J. (2010). *Protocoles et échelles d'évaluation en psychiatrie et en psychologie* (5^e ed.). Paris: Masson.
- Cautela J.R. (1975). Processus de conditionnement par provocation d'image (traduction de L. Goguen et L. Granger). In : Y. Lamontagne, G. Trudel (Eds.), *Modification du comportement en milieu clinique et éducation*. Montréal.
- Dattilio, F. M., & Padesky, C. A. (1990). *Cognitive therapy with couples*. Sarasota: Professional Resource Exchange Inc.
- Jacobson, N. S., & Margolin, G. (1979). *Marital therapy: strategies based on social learning and behavior exchange principles*. New York: Brunner & Mazel.
- Masters, W. H., & Johnson, V. E. (1971). *Les mésententes sexuelles et leur traitement*. Paris: Laffont.
- Poudat, F. X., & Jarrrousse, N. (1992). *Traitement comportemental et cognitif des difficultés sexuelles*. Paris: Masson.
- Rognant, J. (1970). *La thérapeutique de déconditionnement dans les névroses*. Paris: Masson.
- Singer-Kaplan, H. S. K. (1979). *Disorders of sexual desire*. Londres: Brunner & Mazel.
- Singer-Kaplan, H. S. K. (1974). *The new sex therapy*. New York: Brunner & Mazel.