

Introduction

L'étude de la fonction sexuelle, de sa clinique et de sa prise en charge n'a été que trop peu prise en compte en thérapie comportementale et cognitive face aux grands thèmes de la psychopathologie générale. Avant que les thérapies cognitivo-comportementales (TCC ; N.B. : cette abréviation sera utilisée tout au long de l'ouvrage) ne s'intéressent aux troubles sexuels et à leurs contingences internes et externes à partir de la seconde moitié du siècle dernier, la sexualité a d'abord intéressé les théories psychodynamiques (théorie psychanalytique sur la sexualité, Freud) avant d'être l'objet d'attention des sciences psycho-sociales (Kinsey, Masters et Johnson), puis des sciences médicales. L'officialisation du concept de « sexologie » et de « sexothérapeute », dans le cadre universitaire, a permis en même temps d'en faire une spécialité médicale, d'accélérer la recherche sur la fonction sexuelle, au risque de l'enfermer dans une psychiatrisation (problème du DSM-IV) excessive. Le concept bio-psycho-social nous oblige à ne jamais oublier que grand nombre de dysfonctions sexuelles ne sont pas des maladies et que nous évoluons sans cesse entre les sciences humaines et médicales, entre la biologie et le social, entre l'histoire personnelle et familiale et entre les contingences internes et externes... Depuis les années 1970-1980, différents courants ont apporté des éclairages nouveaux à la réflexion sexologique, les courants comportemental puis cognitif, puis plus récemment émotionnel et stratégique n'ont pas été en reste. Plusieurs spécialistes en sexothérapie et en TCC ont, depuis les années 1990, travaillé pour faire évoluer les concepts tant sur le plan clinique que sur celui du protocole thérapeutique. Dès lors, des ouvrages de prise en charge en TCC sur les troubles sexuels et/ou sur les dysharmonies conjugales ont vu le jour (Boisvert et Beaudry, Trudel, Poudat et Jarrousse). Ces ouvrages spécialisés n'ont été que le début d'un intérêt croissant pour la sexothérapie comportementale et cognitive. Bien que peu d'écrits aient vu et voient le jour sur ce sujet face à l'ensemble des publications en TCC, des recherches tant

sur la clinique que la thérapeutique ont enrichi notre connaissance :

elles auront, ici, une place de choix (de Carufel, de Sutter, Trudel, etc.).

Le projet de livres regroupant les connaissances actuelles en sexothérapie, thérapies de couple et TCC a été pensé et réfléchi depuis quelques années ; il devait compléter et remplacer les premiers ouvrages de sexothérapie comportementale qui risquaient de devenir, pour certaines données, obsolètes. Il a été proposé, devant l'importance des thèmes traités et l'abondance des données fournies, d'éditer ce travail en deux

VIII

volumes

ayant chacun une thématique spécifique : dans le premier ouvrage, les dysfonctions et compulsions sexuelles et, dans le second, les dysharmonies conjugales et les prises en charge sexuelles et affectives dans certaines situations particulières. Le but principal de ces ouvrages est de donner, aux professionnels et à toute personne intéressée par ce sujet, les informations les plus récentes tant sur le plan clinique que thérapeutique, d'apporter un regard pertinent sur l'état des recherches en sexothérapie comportementale et de réunir des spécialistes en sexothérapie et en TCC qui, dans leur domaine spécifique, enrichissent la connaissance actuelle. Il n'était pas question de réécrire un ouvrage de sexologie ni de TCC « généraliste », mais plutôt de reprendre des informations classiques toujours pertinentes et d'y inclure les modes de lectures cliniques actuelles et les dernières nouveautés thérapeutiques.

Il nous a paru indispensable de débiter ce premier volume par un retour

sur les principes théoriques et les règles de méthodologie générale, bases nécessaires à la compréhension des différents outils actuels utilisés en sexothérapie comportementale. Avant de nous centrer sur la clinique et les prises en charge des dysfonctions sexuelles, un regard croisé sur les différents modes de lecture des plaintes sexuelles est proposé. À côté des classiques lectures cognitives et comportementales qui reprennent

évidemment les principes sur lesquels se fondent, depuis des décennies, les prises en charge sexothérapeutiques, il est proposé au lecteur de s'intéresser à des modes de lecture que certains ne placeront qu'aux frontières des courants TCC mais qui montrent la dynamique des courants « possibles » en TCC. Ces lectures associent autant des notions déjà existantes (la place des émotions, l'utilisation des états de conscience, les prescriptions de symptômes, les protocoles multimodaux, etc.) qu'il nous faut redécouvrir et revisiter, que des notions nouvelles pour les TCC (le questionnement solutionniste, le concept de changement, les apprentissages expérientiels, etc.), apportant « un plus » au regard que porte le thérapeute aux plaintes sexuelles et conjugales. L'intérêt de la lecture « troisième vague » et de la lecture systémique comportementale, telles qu'elles sont abordées dans le chapitre sur les modèles explicatifs, ainsi que le regard spécifique d'une lecture solutionniste, constructiviste, dans le chapitre de méthodologie générale, vont dans ce sens.

Loin d'être uniquement centrées sur les protocoles comportementaux, les dysfonctions sexuelles ont, du moins pour certaines d'entre elles, été « façonnées » par de nouvelles dimensions stratégiques qui associent autant la dimension émotionnelle, interactionnelle que cognitive aux côtés des protocoles classiques de thérapie comportementale.

Nous avons gardé, pour cette partie de l'ouvrage, le découpage classique des différentes plaintes sexuelles. Chez la femme le vaginisme, les

IX

dyspareunies et les anorgasmies seront étudiés. Chez l'homme, nous aborderons les troubles de l'éjaculation (avec l'éjaculation prématurée et l'anéjaculation) et les troubles de l'érection. Le désir hypoactif fera l'objet d'un chapitre qui sera dédié autant à la femme qu'à l'homme.

La dernière partie de ce premier volume abordera la problématique des compulsions et des obsessions sexuelles. Les protocoles classiques de TCC y sont développés reprenant les stratégies comportementales et

cognitives sur le passage à l'acte et la prévention des rechutes. L'action principale n'est évidemment pas de se limiter à une éventuelle suppression des comportements compulsifs, mais avant tout de permettre au patient de « sortir » du système « addictif » dans lequel il est enfermé, en lui permettant de construire son propre processus d'autonomisation et de maturation sexuelle et affective. Il est également proposé, dans cette partie, d'étudier la place des TCC dans le cas particulier de la conduite pédophile avec les spécificités thérapeutiques inhérentes à ce trouble.

François-Xavier Poudat

Partie I

Approches théoriques
et cliniques

Lecture comportementale 3

Sexualité, couple et TCC – Les difficultés sexuelles

© 2011 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Chapitre 1

Lecture comportementale

François-Xavier Poudat

Le modèle descriptif des troubles sexuels a été, dès les années 1960 avec Masters et Johnson (1971), le premier modèle psychosocial décrivant scientifiquement la relation sexuelle dans sa réalité quotidienne et, sans le savoir, ce modèle se rapprochait du courant comportementaliste. Au départ et pour expliquer les conduites humaines, deux mécanismes majeurs furent au centre de celui-ci : le conditionnement répétant pavlovien et les théories de l'apprentissage opérant skinnérien. Nous pouvons encore aujourd'hui les prendre à notre compte pour expliquer le déclenchement et le maintien de certains troubles sexuels. C'est le cas par exemple de la phobie de la pénétration dans le vaginisme, de la précipitation dans l'éjaculation précoce, du lâchage de l'érection

dans l'impuissance, ou de la difficulté à éjaculer dans l'anéjaculation.

Sans y associer la lecture cognitive ou la lecture contextuelle, le regard comportementaliste, nous permet déjà de bien comprendre comment le symptôme se met en place et comment il se maintient. La mise en place du « cercle vicieux » renforçateur du trouble sexuel est directement compréhensible par la lecture comportementale.

Les principaux paramètres étudiés dans cette lecture comportementale concernent les critères suivants : les facteurs mécaniques exprimant le trouble (la contracture du vagin dans le vaginisme, la baisse de l'érection dans la dysfonction érectile, la rapidité ou au contraire l'absence d'éjaculation dans les troubles de l'éjaculation, etc.), les facteurs comportementaux, conséquences renforçatrices du trouble (évitement, répétition, surcompensation, inhibition comportementale, etc.), les facteurs étiologiques comportementaux (défaut d'apprentissage, crise conjugale, traumatismes associés, etc.).

4 Approches théoriques et cliniques

Dès les années 1970-1980, les exercices de Masters et Johnson ont été repris pour des interventions ciblées en thérapie comportementale.

LoPiccolo (1975), Kaplan (1974), Trudel (1988), Poudat et Jarrousse (1992) ont décrit des protocoles associant, à une analyse multidirectionnelle, des exercices comportementaux, tels que la désensibilisation dans le vaginisme, les techniques d'exposition du sensate focus, l'apprentissage de la masturbation dans l'anorgasmie ou la technique du « squeeze » dans l'éjaculation prématurée. Ces méthodes typiquement comportementales, efficaces à court terme, ont vu progressivement leurs protocoles s'étoffer par l'arrivée d'une lecture cognitive puis multifactorielle du trouble sexuel. Les techniques ont toujours leur place encore actuellement lorsque le patient utilise de manière privilégiée le registre comportemental pour exprimer son trouble et lorsque l'un des facteurs déclencheurs est lié à un défaut d'apprentissage.

Il a semblé de plus en plus utile de revoir certains protocoles comportementaux

(par exemple dans les échecs à long terme de la technique du squeeze ou du « stop-and-go » dans l'éjaculation prématurée) afin de mieux comprendre certaines rechutes et modifier nos critères d'élaboration thérapeutique (de Carufel, 2009 ; de Sutter et al., 2002). Il a été montré que si la cause est principalement liée à un manque d'apprentissage, les techniques ci-dessus peuvent être efficaces ; en revanche, si la cause est liée à des schémas de croyance trop directifs et enfermants ou à un niveau émotionnel trop perturbant lors de l'acte sexuel, la prise en charge comportementale est peu efficace sur le long terme.

Il est apparu très vite que le comportement tel qu'il est dans son expression « ouverte » ne pouvait pas être isolé du reste de la personne bio-psycho-sociale. Le comportement en tant que « ce qui se voit du problème » est alors devenu le comportement problème selon Fontaine et Ylief (1981), regroupant l'environnement, le biologique, l'historique, les renforcements, les cognitions, etc. Sans rien enlever à la lecture comportementale et aux outils qui s'y associent, cette vision interactionnelle a sans doute permis de regarder le symptôme sexuel dans toutes ses composantes même les plus intimes et privées, et ainsi agir sur la prévention des rechutes.

Gardons en tête ce qui a fait le fondement même des thérapies cognitives et comportementales ; là encore, loin d'être obsolète, le point de vue comportemental fait encore partie intégrante des protocoles multifactoriels. Il a évolué par le fait même que les techniques qui s'y associent n'ont plus uniquement comme but ultime la disparition systématique du problème (un au-delà du génital), mais d'abord et avant tout la recherche d'une satisfaction tant du sujet que du couple, un apaisement émotionnel du patient, et une amélioration de ses compétences et ressources affectives.

Lecture comportementale 5

Références

de Carufel, F. (2009). L'éjaculation prématurée. Bruxelles : Presses Universitaires

de Louvain.

de Sutter, P., Reynaert, C., Van Broeck, N., & de Carufel, F. (2002). Traitement de l'EP par une approche bibliothérapeutique cognitivo-comportementale sexologique. *Journal de thérapie comportementale et cognitive*, 12, p.131-136.

Fontaine, O., & Ylief, M. (1981). L'analyse fonctionnelle et raisonnement expérimental.

Journal de thérapie comportementale de langue française, III, p.119-130.

Kaplan, H.S. (1974). *The new sex therapy*. New York : Brunner/Mazel.

Masters, W.H., & Johnson, W.C. (1971). *Les mésententes sexuelles et leur traitement*. Paris : Laffont.

LoPiccolo, J. (1975). *Direct treatment of sexual dysfunction*. Handbook of sexology. Amsterdam : SP Biological and Medical Press.

Poudat, F.X., & Jarrouse, N. (1992). *Traitement comportemental et cognitif des difficultés sexuelles*. Paris : Masson.

Trudel, G. (1988). *Les dysfonctions sexuelles. Évaluation et traitement*. Montréal : Presses Universitaires du Québec.

Lecture cognitive 7

Sexualité, couple et TCC_Les difficultés sexuelles

© 2011 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Chapitre 2

Lecture cognitive

François-Xavier Poudat

Les théories cognitives, extension des théories comportementales, ont permis de mettre l'accent sur la place de l'activité mentale, des pensées, des images et de leur signification personnelle dans leur relation avec les perceptions, les émotions et les comportements. Cette lecture est devenue essentielle à la compréhension du fonctionnement humain.

Le trouble sexuel est l'exemple même de plainte où interagissent

les comportements, les cognitions, les émotions et l'environnement.

Le paramètre sexuel peut se lire au travers des émotions (peur, tristesse,

anxiété, plaisir, excitation, etc.), des cognitions (tabous, principes schémas dysfonctionnels, croyances irrationnelles), des comportements (inhibition, répétitions, évitement, obsessionnalisation) et de l'environnement (culture, religion, média, structure familiale, nouveau couple, attitude de l'autre, etc.).

Nous avons vu apparaître, récemment, au même titre que la « troisième vague » en thérapie cognitive et comportementale (TCC), le développement d'une nouvelle perspective cognitiviste (cognitivo-constructiviste) au côté d'une perspective cognitive rationnelle plus classique (Guidano, 1991).

Dans la perspective cognitive rationaliste, « ... il existe une réalité externe, unique et objectivable qui se révèle à travers les organes de perception. Par conséquent, la connaissance peut être considérée comme valable lorsqu'il y a une bonne concordance entre le monde réel et les représentations du sujet... ». La perspective constructiviste « abandonne le principe qu'il existe une seule et unique réalité à la faveur d'un relativisme qui admet l'existence de plusieurs réalités... Le constructivisme ne nie pas l'existence de la réalité : il nie la possibilité de la connaître telle qu'elle est. Le monde que nous percevons est celui

8 Approches théoriques et cliniques

qui est construit par nos expériences... La notion de validité dans la vision rationaliste est remplacée, ici, par la notion de viabilité, c'est-à-dire la construction de significations plus ou moins adaptatives pour un individu... » (Bondolfi & Bizzini, 1998). Voilà qui élargit le champ de notre réflexion, comme le fait la troisième vague, en nous permettant d'enrichir notre « boîte à outils » utile à notre travail TCC/sexothérapie, agissant sur les systèmes cognitifs obsédants, sur les croyances, sur l'imagerie mentale, sur les fantasmes et sur les traumatismes verrouillés du passé.

Clinique cognitive

Au cours de l'analyse fonctionnelle des troubles sexuels, l'analyse du

système cognitif, tant du côté du patient et de sa plainte, que de celui de son partenaire (existant ou pas), voire même de celui du système relationnel, est fondamentale pour une action globale sur la plainte. L'étude du système cognitif va passer par l'analyse de deux paramètres fondamentaux : d'une part, les pensées dysfonctionnelles du patient face au problème et à ses conséquences ; d'autre part, les schémas cognitifs, structures plus ou moins conscientes mises en place dès l'enfance, véritables principes de vie qui sous-tendent les comportements et attitudes sexuels des hommes et des femmes dans la vie quotidienne.

Pensées dysfonctionnelles

Différents moyens peuvent être utilisés pour mettre en évidence les cognitions négatives, ruminations anxieuses et pensées parasites. Les cognitions se repèrent au cours de l'entretien à l'occasion de certains moments particuliers comme lors du questionnement, lors d'une forte émotion exprimée, lors d'un jeu de rôle ou d'une séance de relaxation. Elles peuvent aussi être mises en évidence par l'utilisation de tests ou d'auto-évaluations spécifiques ou par un auto-enregistrement (triple colonne de Beck) des pensées parasites et ruminatoires du patient associées au contexte et aux émotions vécus avant, pendant et après l'apparition du problème.

Schémas cognitifs inconscients

Nous avons déjà souligné que la connaissance des pensées dysfonctionnelles, ainsi que la prise de conscience du caractère pathologique de celles-ci, n'étaient pas en soi suffisantes pour résoudre un problème sexuel. Il est donc essentiel de rechercher ce que sous-tendent ces idées parasites, et notamment rechercher les schémas cognitifs plus ou moins conscients construits sur les normes sociales, culturelles, éducatives, religieuses et familiales dans lesquelles l'individu a pu structurer son

Lecture cognitive 9

histoire, véritable « bain » corporel, cognitif, comportemental et environnemental.

Cela constitue de véritables empreintes ou schémas

émotionnels, comportementaux et cognitifs. Ces empreintes inconscientes vont elles-mêmes servir de base à la mise en place des normes sociales et familiales, créant un véritable discours avec ses règles et principes concernant par exemple la sexualité, le couple, la famille ou le corps. C'est ce discours qu'il sera nécessaire d'analyser afin de mieux comprendre le lien qui peut exister entre la présence de ces normes sociales, la mise en place d'un discours particulier sur la sexualité et le vécu sexuel et conjugal actuel. Nous savons, par exemple, que le choix du conjoint s'effectue en fonction de ces empreintes normatives et de ces schémas cognitifs. Il y a donc un véritable lien entre le vécu sexuel, le choix du conjoint, le discours sur l'« objectif sexuel » et les normes ou empreintes familiales.

Les thèmes les plus fréquemment rencontrés sont liés, chez l'homme, à la notion de performance, d'efficacité et de résultat et, chez la femme, à la notion de contexte, de lâcher-prise et de sensualité.

Chez l'homme :

- la pénétration est obligatoire pour le plaisir masculin ;
- l'érection doit être permanente pendant le rapport sexuel ;
- l'homme n'est pas sensuel ;
- sensualité = féminité ;
- un sexe « qui ne ferait pas des dimensions normales » rendrait impossible un rapport sexuel ;
- le rapport sexuel se découpe en plusieurs phases successives – caresses, érection, pénétration – par lesquelles il faut passer obligatoirement ;
- l'homme doit être actif tout au long des rapports sexuels ;
- c'est l'éjaculation qui crée l'orgasme féminin ;
- l'homme a plus de désir sexuel que la femme ;
- la sexualité disparaît au troisième âge ;
- l'absence de désir sexuel signifie systématiquement absence d'amour.

Chez la femme :

- la femme n'est pas sexuelle ;

- la pénétration est obligatoire pour l'orgasme féminin ;
- la femme est passive ;
- la femme est multi-orgasmique ;
- la femme n'a plus de sexualité après la ménopause ;
- l'orgasme déclenché par le clitoris serait insuffisant vis-à-vis de l'orgasme déclenché par la stimulation vaginale et serait le fait d'une sexualité immature ;
- l'orgasme de la femme et celui de l'homme doivent être simultanés ;
- la sexualité est innée et naturelle ;
- les fantasmes sont interdits ;
- la masturbation est interdite.

10 Approches théoriques et cliniques

Prise en charge cognitive

Par la connaissance des croyances irrationnelles et des distorsions cognitives,

nous pouvons par là même reconstruire l'histoire de cet acquis cognitif qui, depuis l'enfance, va permettre la mise en place d'une véritable représentation cognitive amenant à l'apparition des problèmes sexuels. C'est dans ce contexte cognitif du trouble sexuel que la prise en charge prendra tout son sens ; elle comprend trois étapes essentielles qui seront abordées dans le Chapitre 9, « Les différentes approches thérapeutiques » : l'information pédagogique, la thérapie cognitive in vivo et la thérapie cognitive sous relaxation.

Pour certains auteurs, les thérapies cognitives sont plus difficiles à mettre en place lorsque le patient est en conscience ordinaire, c'est-à-dire lors d'un entretien thérapeutique classique. L'utilisation des états modifiés de conscience peut être alors pertinente, retrouvée par exemple au cours des techniques de relaxation profonde de sophrohypnose, voire d'hypnose. Elles permettent une ouverture du champ de conscience et une libération émotionnelle induisant un travail cognitif plus élaboré. La question est de savoir si c'est l'état modifié de

conscience qui permet au sujet d'augmenter sa suggestibilité, donc le travail cognitif, ou si c'est la situation dans laquelle le sujet se trouve à l'égard du thérapeute, notamment en confiance, l'attitude positive, chaleureuse, l'attente de résultats qui modifient l'état de conscience du sujet et du thérapeute, et qui va rendre efficace le travail cognitif. Van Craen (1991) parle de l'association hypnose et thérapies cognitives pour expliquer l'intérêt qu'il y a à pouvoir modifier l'état de conscience de la personne et agir avec des techniques cognitives plus appropriées sur les troubles psychiques que présentent les patients. Araoz (1994) estime que l'hypnose est essentiellement une forme de restructuration cognitive. Sa méthode « negative self hypnosis » consiste à utiliser un « état de transe » (conscience modifiée) afin de détecter les cognitions subconscientes négatives. Il demande ensuite au sujet d'amplifier ses pensées, images et impressions, jusqu'au moment où les sujets réalisent leurs effets émotionnels et deviennent conscients du processus d'autohypnose négatif. Après avoir développé les cognitions alternatives, le thérapeute les applique dans la visualisation d'une scène où le sujet maîtrise son problème.

Dans certains travaux (Poudat, 1995), l'utilisation de la sophrologie avec les techniques de relaxation dynamique et de sophronisation s'avère très efficace. La relaxation dynamique (relaxation du corps) va rattacher la sensation à la cognition ; la sophronisation (travail mental) va rattacher l'émotion à la cognition et par là même faciliter le travail de sexothérapie. La méthode de « pleine conscience » (mindfulness based cognitive therapy ; Segal et al., 2001) peut aussi s'avérer intéressante en fixant

Lecture cognitive 11

son attention sur une expérience présente, sans jugement ni présumé ; le sujet accueille les sensations, cognitions et émotions, permettant par là même une modification des systèmes cognitifs sous-jacents.

Nous pouvons également utiliser ces techniques dans les ruminations obsédantes d'échec en utilisant soit les techniques classiques d'arrêt de

la pensée sous relaxation permettant de stopper la pensée irrationnelle pour la remplacer par une pensée alternative, soit les techniques d'acceptation des pensées et des émotions associées.

Conclusion

Comparativement aux thérapies comportementales utilisées jusqu'alors dans les prises en charge sexothérapeutiques, les thérapies cognitives nous permettent d'ouvrir le champ des progrès thérapeutiques avec une action

spécifique, tant dans l'abord et la modification des systèmes de pensée et des schémas de croyance du patient porteur d'un trouble sexuel (courant classique, radical), que dans la prévention des rechutes, grâce à une prise en charge globale de l'être (courant constructiviste).

D'autre part, les thérapies cognitives ne visent pas simplement à une action sur l'individu lui-même ; dans les prises en charge conjugales, elles peuvent être utilisées pour améliorer la communication au sein du couple. Nous pouvons prendre l'exemple du travail sur les « attentes » ;

chaque membre du couple définit ses attentes idéalisées puis ses attentes réalistes concernant les thèmes suivants : le partenaire, la relation de couple, la sexualité, les besoins vitaux. Chacun peut s'interroger sur ses propres cognitions négatives vis-à-vis de l'autre, sur celles qui doivent changer et sur la possibilité de s'approprier sa propre responsabilité dans le système conjugal. Cela va bien au-delà d'une prise en charge comportementale d'élimination du problème.

Nous ne pouvons omettre, dans ce travail cognitif, deux paramètres à la croisée du système cognitif et émotionnel que sont les sentiments ou affects et l'imaginaire fantasmatique. Le thérapeute d'orientation cognitiviste devra donc toujours avoir une vue bio-psycho-sociale de l'être qui porte la dysfonction sexuelle. C'est en cela que ces considérations s'intègrent dans la rencontre des sciences humaines et médicales, demandant à mettre en place une véritable psychothérapie cognitivocomportementale.

Références

Araoz, D.L. (1994). *Hypnose et sexologie. Une thérapie des troubles sexuels*. Paris : Albin Michel.

Bondolfi, G., & Bizzini, V. (1998). Les apports du constructivisme en psychothérapie cognitive. *Revue francophone de clinique comportementale et cognitive*, III, p.17-25.

12 Approches théoriques et cliniques

Guidano, V.F. (1991). *The self in process*. New York : Guilford Press.

Poudat, F.X. (1995). La prise en charge corporelle dans les thérapies cognitivo-comportementales : « Du symptôme à la globalité ». *Journal de thérapie comportementale et cognitive*, 5, p.128-137.

Segal, Z.V., Williams, J.M.G., & Teasdale, J.D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression. A new approach to preventing relapse*. New York : Guilford Press.

Van Craen, X. (1991). *Hypnose et thérapie cognitive*. *Phoenix*, 11/12, p.53-55.

Lecture « troisième vague » 13

Sexualité, couple et TCC_ Les plaintes sexuelles

© 2011 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Chapitre 3

Lecture « troisième vague »

Jean-Marie Boisvert, Madeleine Beaudry

Après le bref aperçu du modèle comportemental (associé à la

« première

vague ») et du modèle cognitif (associé à la « deuxième

vague »), voici une description des caractéristiques d'un modèle plus

récent

que Hayes (2004) a qualifié de « troisième génération » ou « troisième

vague ». Tout en tenant compte des acquis des deux premières

vagues, cette troisième vague accorde une importance primordiale à des

concepts relativement nouveaux, du moins en ce qui a trait à l'intervention cognitivo-comportementale auprès des couples : le contexte (et contextualisme), l'acceptation, la régulation des émotions et la pleine conscience, etc.

Selon Hayes et al. (1999), le « contextualisme fonctionnel » constitue la base philosophique de la troisième vague. Cela signifie que la nature et la fonction d'un comportement sont analysées dans l'interaction de l'organisme avec les contextes historique et actuel. L'ensemble des expériences vécues dans différents contextes constitue l'histoire d'apprentissage d'une personne. Sur le plan conjugal, les interactions sont grandement influencées par les histoires d'apprentissage de chacun. Comme le soutiennent Jacobson et Christensen (1996), certains éléments marquants provenant de ces histoires d'apprentissage représentent une dimension importante du contexte actuel des interactions conjugales. Dans le but de modifier ces interactions, la psychothérapie doit procurer aux conjoints des expériences qui ajouteront de nouveaux éléments aux histoires d'apprentissage, de façon à produire des changements « contextuels » (contextual shifts) (Jacobson & Christensen, 1996).

Les tenants de la troisième vague ont tendance à favoriser les comportements façonnés par les contingences (contingency-shaped) plutôt que régis par les règles (rule-governed) (Skinner, 1966). Pour ce faire, les interventions thérapeutiques font appel le plus souvent possible à un apprentissage expérientiel et se fondent moins fréquemment sur des règles prescrites par le thérapeute ou négociées par les conjoints. La recherche a montré que les règles produisent une plus grande rigidité et une moins bonne capacité à s'adapter aux changements environnementaux, comparativement à l'apprentissage expérientiel (Hayes et al., 1999). De plus, les changements façonnés par les contingences apparaissent plus authentiques et représentent souvent le type de changements

désirés par les conjoints (Jacobson & Christensen, 1996). Les règles peuvent susciter des modifications comportementales ; toutefois, les nouveaux comportements auront une plus grande probabilité de se maintenir s'il y a présence d'un renforcement naturel. Par exemple, à la suite d'une suggestion du thérapeute, un conjoint pourra exprimer son appréciation à sa conjointe, mais il est bien possible que ce comportement se maintienne uniquement s'il suscite un renforcement naturel (par exemple, si la conjointe lui exprime, par son sourire, que cela lui plaît). Ou encore, des conjoints peuvent négocier une entente concernant les tâches domestiques, ce qui constitue une règle ; l'entente aura certainement plus de chances d'être respectée si elle produit un renforcement naturel, comme des interactions plus agréables dans la vie quotidienne. Les changements souhaités par les conjoints portent souvent sur des comportements (relations sexuelles, manifestations d'affection, communication dans la vie quotidienne, etc.) qui seront considérés plus authentiques, plus sincères, s'ils sont suscités par des contingences naturelles plutôt que par des règles.

L'acceptation est un concept fondamental pour les psychothérapeutes de la troisième génération. Il peut s'agir de l'acceptation de soi, mais dans l'intervention auprès des couples, l'acceptation de l'autre revêt une importance toute particulière. Jacobson et Christensen (1996) en ont fait le fondement principal de leur approche thérapeutique. Ils considèrent que les deux premières vagues ont misé principalement sur des stratégies favorisant le changement et ont ainsi obtenu un certain succès. Toutefois, il y a échec avec des conjoints qui sont incapables de faire des changements dans leurs comportements, pour quelle que raison que ce soit. Il y a donc lieu de promouvoir l'acceptation quand des conjoints se retrouvent devant des différences irréconciliables et des problèmes insolubles, et ne peuvent modifier leurs comportements.

Jacobson

et Christensen considèrent donc que, dans l'intervention

auprès

des couples, il faut utiliser des stratégies qui suscitent l'acceptation tout autant que le changement.

La régulation des émotions s'ajoute aux concepts de la troisième vague.

Intégrant les fondements théoriques de la thérapie comportementale

Lecture « troisième vague » 15

dialectique

mise en avant par Linehan (1993) dans le traitement des personnes

présentant des troubles de personnalité borderline, Fruzzetti (2008)

considère que le principal problème des couples insatisfaits relève d'un dysfonctionnement émotif qui entraîne des patterns de conflits destructeurs.

Incapables de diminuer leurs émotions négatives très intenses, les conjoints éprouveraient beaucoup de difficultés à exprimer leurs émotions et à porter attention à leur partenaire.

Pour en arriver à des relations plus satisfaisantes, chacun des conjoints doit apprendre à composer avec ses émotions négatives de manière efficace, ce qui, en retour, facilitera l'établissement d'une bonne communication (soit l'expression adéquate suivie par la compréhension et la validation du point de vue de l'autre). Les principales stratégies proposées par Fruzzetti consistent à cultiver l'acceptation de soi et de l'autre en développant la pleine conscience (mindfulness) de soi, de l'autre et de la relation. Pour atteindre la pleine conscience, il faut observer

et décrire les émotions, les pensées et les actions de chacun, et les impacts qu'elles ont sur les deux personnes, sans porter de jugement.

Fruzzetti ajoute donc ici un travail thérapeutique individuel, alors que la thérapie de couple des deux premières vagues se concentrait sur la relation de couple et non sur les individus.

Les frontières entre les trois vagues ne sont pas étanches. Les tenants de la troisième vague font souvent référence à des concepts très utilisés dans les deux premières vagues : expression de soi, écoute active, validation,

résolution de problèmes, absence d'évitement, exposition, etc.

De plus, un examen attentif de la définition de ces différents concepts montre qu'il y a une certaine convergence entre eux ; ainsi, le concept de pleine conscience sans jugement rejoint celui de validation, d'absence d'évitement et d'exposition ; quand un conjoint prend pleinement conscience d'une interaction, il s'y expose et ne l'évite pas et, s'il le fait sans porter de jugement, il lui sera plus facile de faire de la validation. Malgré ces recoupements conceptuels, il est intéressant d'observer comment chaque vague met l'accent sur des variables différentes, ce qui constitue une manière différente de concevoir la vie de couple et d'intervenir pour l'améliorer.

Références

Fruzzetti, A.E. (2008). Régler les conflits de couple (traduction de G. Patenaude) (document original publié en 2006). Saint-Constant Québec : Broquet.

Hayes, S.C. (2004). Acceptance and commitment therapy and the new behavior therapies. In S.C., Hayes, V.M., Follette, & M.M., Linehan (Eds.), Mindfulness and acceptance : expanding the cognitive-behavioral tradition (pp. 1–29). New York : Guilford Press.

Hayes, S.C., Strosahl, K.D., & Wilson, K.G. (1999). Acceptance and commitment therapy : an experiential approach to behavior change. New York : Guilford Press.

16 Approches théoriques et cliniques

Jacobson, N.S., & Christensen, A. (1996). Integrative couple therapy : promoting acceptance and change. New York : Norton.

Linehan, M.M. (1993). Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder. New York : Guilford Press.

Skinner, B.F. (1966). The behavior of organisms : an experimental analysis. Englewood

Cliffs : Prentice-Hall.

Lecture systémique et comportementale des couples 17

Sexualité, couple et TCC_ Les plaintes sexuelles

© 2011 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Chapitre 4

Lecture systémique et
comportementale des couples

Bruno Pierre

Cas clinique

François, 37 ans, magasinier, et sa compagne Aude, 26 ans, aide en cuisine, viennent en consultation de couple pour exposer leur difficulté conjugale : depuis la naissance de leur fille Marie, âgée de 2 ans, leurs relations sont devenues moins proches, tous deux se comportant « comme deux copains » selon François.

Aude, qui se présente comme une jolie jeune femme un peu craintive, parlant bas, d'un ton doux, se plaint du manque d'attention de son conjoint pour leur enfant. Il n'écoute pas son avis, ce qui entraîne des disputes.

C'est « son premier homme » ; elle apprécie sa fidélité, sa complicité, sa gentillesse et ses qualités de bon gestionnaire à la maison. Elle souffre en revanche de son besoin de contrôle sur les tâches domestiques, François allant jusqu'à refaire le ménage derrière elle.

François, d'allure sportive, vêtu d'un survêtement, les cheveux rasés, dit d'un ton affirmé que sa femme, qui s'est « tournée vers notre fille », n'est plus coquette, que les relations sexuelles s'espacent et qu'il ne supporterait pas une « femme dominante ». Il l'a choisie car elle lui est apparue belle, coquette et « difficilement abordable ». « J'ai relevé le défi », dit-il. Il attend que sa femme soit moins « collante », qu'elle prenne des initiatives et « qu'elle se passe de moi ».

Face à ce couple, posons-nous la question : en quoi la vision et les interventions d'un thérapeute systémique différeront ou se croiseront avec la vision et les interventions d'un thérapeute des TCC ?

18 Approches théoriques et cliniques

La vision du couple selon les TCC

et la thérapie systémique

Un thérapeute en TCC, tout en reconnaissant l'importance des théories de l'apprentissage dans la structuration et le maintien de la dynamique conjugale, se concentrera sur les événements actuels qui influencent de façon continue les interactions des deux partenaires. La relation conjugale se compose de séquences comportementales réciproques et circulaires, dans lesquelles le comportement de chaque membre du couple est affecté par l'autre, en même temps qu'il l'influence (Jacobson & Margolin, 1979). Cette thérapie contextuelle va chercher à exercer une influence sur les interactions présentes et futures dans l'environnement actuel du couple, donc dans l'ici et maintenant.

Pour les thérapeutes de la première systémie (de la fin des années 1950 aux années 1970) comme Haley (1992) ou Satir (1971, 1972), la notion de base est l'homéostasie : tout système, en particulier le système couple, tend à rester à l'équilibre grâce à des rétroactions (d'où la circularité des informations dans le couple) qui le ramènent à l'équilibre quand des événements l'en écartent. Les symptômes fonctionnent souvent, comme l'écrit Byng-Hall (1982), « comme un régulateur de la distance conjugale ».

Ainsi, notons les interactions du couple François et Aude : il y a les reproches de François quant à l'éloignement de sa femme sur le plan affectif et sexuel, auxquels son épouse répond par des reproches sur l'absence de son mari du foyer, reproches symétriques qui entraînent des disputes et l'éloignement du mari du foyer, laissant la femme plus responsable au foyer. La boucle est bouclée.

Cette vision contextuelle du couple semble bien proche dans les deux types de thérapies.

Première systémie et TCC

Le thérapeute systémique va aider le couple à retrouver un nouvel équilibre ; il jouera un rôle de réparateur, comme l'écrira Caillé (1991).

Il s'agit, comme dans les sciences expérimentales, d'observer la danse des interactions : poser une hypothèse (système), expérimenter selon

cette hypothèse une technique psychothérapique et changer d'hypothèse si ces techniques ne sont pas fructueuses.

Cela évoque fortement l'analyse fonctionnelle, où l'on propose une hypothèse à partir des conséquences renforçatrices ou aversives des comportements pathologiques observés dans le couple, hypothèse qui induit une action thérapeutique particulière dont on évalue ensuite l'efficacité.

Lecture systémique et comportementale des couples 19

L'hypothèse structurale renvoie au courant structural de la thérapie familiale, qui est représenté par Minuchin (1983, 1996), pour qui la famille

« à l'instar d'un organe vivant, ne peut remplir ses fonctions »

si la structure est perturbée, ce concept de structure devant être entendu au sens médical du terme. L'hypothèse structurale peut stipuler que les rôles de chacun sont définis de manière très complémentaire. Dans l'exemple de François et d'Aude, François, avant la naissance de Marie, gère, dans une position hiérarchique haute, les décisions importantes, Aude appréciant son rôle protecteur. Après la naissance, François s'éclipse de la famille et évite son rôle de père ; Aude s'éloigne de son rôle d'épouse affectueuse et prend la responsabilité de sa fille. La hiérarchie se modifie, les frontières deviennent peu perméables, ne permettant pas que les besoins de chacun soient entendus : la femme demande à son conjoint de l'attention pour elle-même et qu'il tienne son rôle de père, le mari demande que sa femme soit de nouveau désirable et désirante. Une thérapie structurale pourrait travailler sur les frontières à l'intérieur du couple afin de les reperméabiliser. Ainsi, le thérapeute peut prescrire, en séance, des tâches communes : François et Aude parleront chacun à leur tour en prenant par exemple le « bâton de parole », l'un écoutant l'autre attentivement, chacun rapportant ce qu'il a pu entendre de l'autre. Il pourra aussi être prescrit des tâches à effectuer à la maison : moments de paroles en commun sur un événement particulier

à telle heure pendant un temps précis par exemple.

Ici, l'analyse ne correspond pas directement à l'analyse fonctionnelle, mais on y retrouve des techniques parfois très proches des TCC orientées sur la communication dans les couples, avec des techniques, comme l'écrit Fanget (2010), d'apprentissage de l'affirmation douce de chacun dans le couple. Le travail avec des couples fusionnels ou indépendants tel que le présente Fanget se rapproche de celui avec des couples enchevêtrés ou désengagés de Minuchin.

Pour un thérapeute stratégique comme Haley (1992), le symptôme est la métaphore du problème systémique, symptôme qui protège le couple en le maintenant en vie.

L'hypothèse stratégique se fonde sur le fait que les disputes autour du manque d'intimité de François avec Aude, et du manque d'attention de François envers Aude et Marie, permettent à la fois à François et à Aude de rester en contact émotionnel intense, tout en permettant à François d'éviter son rôle de père. Le symptôme permet à François de sortir seul, et à Aude de rester avec sa fille dans une relation privilégiée.

Dans une perspective stratégique, on pourrait proposer à tous les deux une tâche minimale (en raison de la résistance du système au changement)

: elle consisterait en un rapprochement, par exemple 5 minutes de promenade quotidienne en couple. Des tâches paradoxales peuvent

20 Approches théoriques et cliniques

aussi être proposées, comme la programmation d'une dispute à une heure précise un jour de la semaine pendant 15 minutes (la prescription du symptôme peut le désactiver).

L'hypothèse stratégique se rapproche ici de l'analyse fonctionnelle des TCC qui insiste sur le renforcement des symptômes dans le couple. Les techniques d'exposition d'un membre du couple au comportement négatif de l'autre, décrites par Christensen et al. (2008) (promoteur dans les TCC de la thérapie intégrative des couples) durant la séance et en dehors des séances, dans une perspective d'acceptation, apparaissent

bien proches de la prescription du symptôme chère aux thérapeutes stratégiques.

Dans un courant expérientiel, dont Whitaker (1989 ; Napier & Whitaker, 1980) et Satir (1971, 1972) sont les représentants emblématiques, il importe de permettre aux membres du couple de vivre une expérience émotionnelle intense favorisant une croissance émotionnelle d'où émergera la croissance de l'individu. L'hypothèse expérientielle situe le noeud du vécu émotionnel de François et Aude dans l'arrivée de leur premier enfant. Une séance sera centrée sur les émotions (positives et négatives) vécues autour de cet événement. Il ne s'agit pas de régler un problème spécifique, mais de permettre l'épanouissement des membres du couple.

Là encore, notons que les thérapeutes des TCC comme Christensen et al. (2008) insistent sur les expérimentations émotionnelles progressives orchestrées par le thérapeute qui font vivre aux personnes des expériences contextuelles modifiant leur engagement dans le couple, notion bien proche de celle des thérapeutes du courant expérientiel.

Au total, les techniques des TCC et des thérapeutes systémiques de la première génération semblent se croiser, voire se recouvrir par endroits.

Cela est, selon Caillé, thérapeute de la deuxième systémie, logique puisque tous ces thérapeutes systémiques sont des « réparateurs » de la relation, comme le sont les thérapeutes des TCC.

Deuxième systémie et TCC

La démarcation des thérapeutes des TCC serait-elle beaucoup plus profonde avec ces thérapeutes de la deuxième systémie ?

La deuxième systémie, qui naît dans les années 1980, considère l'observateur comme faisant partie du système thérapeutique. Le rôle du thérapeute n'est pas d'être un réparateur, mais d'être un créateur et de co-construire avec les membres du système une nouvelle réalité, qui n'est pas la vérité, mais une réalité moins contraignante et moins douloureuse que la réalité amenée par le couple.

Caillé (1991, 2001), comme Elkaïm (1989), a considéré le couple avec une certaine fascination : deux personnes différentes appartenant à deux systèmes différents vont créer d'eux-mêmes, par autopoïèse (autogénération), un nouveau système, avec ses frontières et ses règles. Le couple va s'ancrer sur un récit dont les particularités fondent son originalité, qui, inspirant la passion, le fera perdurer. Caillé va appeler ce récit l'« absolu du couple » proche du « programme du monde du couple » d'Elkaïm, ou de l'« intime du couple » de Neubeurger (1995). Caillé va explorer cet absolu du couple à travers les objets flottants (Caillé & Rey, 1994) : objets situés dans un espace intermédiaire entre le thérapeute et le couple et co-construits par eux. Il peut s'agir par exemple de tableaux de rêve, utilisés lors de la thérapie du couple de François et Aude. Chacun, dans le couple, est amené à avoir des images de rêve en séance, en lien avec la spécificité de leur relation, sous une forme minérale, végétale, animale (sauf une forme humaine). François se représente comme un nid douillet, et représente Aude comme une plume emmêlée au nid, mais risquant de s'envoler emportée par le vent. Aude se verra comme une plante aquatique attachée à un rocher qui représente François, plante que le courant risque d'arracher. Aude et François vont mimer ensemble leur rôle dans les deux tableaux de rêve, et accéder de manière analogique à leur absolu de couple. Cette notion d'absolu du couple peut être rapprochée de la thérapie de couple développée par Fanget sous le nom de « $1 + 1 = 3$ » (nom évoquant le livre de Caillé, Un et un font trois, 1991). Fanget insiste sur la notion du 3 dans le couple qui renvoie à la relation et à la notion de valeur commune (valeur de ce qui compte pour le couple) transcendant les valeurs de chaque membre du couple. Cette notion de valeur est à relier aux thérapies de l'acceptation et d'engagement des TCC, décrite

par Schoendorff (2009).

Enfin, de Shazer (1991), thérapeute systémique solutionniste, propose de son côté que cette nouvelle co-construction de la réalité s'effectue par un travail sur les exceptions (que se passe-t-il quand le problème n'est pas là ?) et par l'utilisation de la « question miracle » (si pendant le sommeil, les problèmes amenant en thérapie sont résolus, comment les patients le sauront-ils le lendemain au réveil ?) ; l'amplification de ces deux outils par des échelles d'objectifs et de motivation est associée à cette thérapie. Certains thérapeutes des TCC (Poudat, 2000) appliquent des techniques comportementales et cognitives dans les thérapies de couple à partir des objectifs « à petits pas » construits à la suite de ces questionnements solutionnistes.

Conclusion

Il n'est pas étonnant qu'en travaillant sur un système commun, le couple, les thérapeutes des TCC non seulement avec ceux de la première systémie, plus « réparateurs », mais aussi les thérapeutes de la deuxième systémie qui se veulent plus « créateurs », se croisent et se rencontrent, pouvant alors s'enrichir mutuellement.

Références

Byng-Hall, J. (1982). Symptom bearer as marital distance regulator : clinical implications.

Family Process, 21, p.21-41.

Caille, P. (1991). Un et un font trois. Paris : ESF.

Caille, P. (2001). Le destin des couples. Avatars et métamorphoses de la passion.

Thérapie familiale, 4, p.361-369.

Caille, P., & Rey, Y. (1994). Les objets flottants. Paris : ESF.

Christensen, A., Weeler, J.G., & Jacobson, N.S. (2008). Couples in distress. Clinical handbook of psychological disorders (pp. 662–689). New York : Guilford Press.

De Shazer, S. (1991). Différence. Bruxelles : Satas.

Elkaïm, M. (1989). Si tu m'aimes, ne m'aime pas. Paris : Le Seuil.

Fanget, F. (2010). Oser la vie à deux. Paris : Odile Jacob.

Haley, J. (1992). Stratégies de la psychothérapie. Toulouse : Érès.

Jacobson, S., & Margolin, G. (1979). Marital therapy strategies based on social learning and behavior exchange principles. New York : Brunner/Mazel.

Minuchin, S. (1983). Familles en thérapie. Paris : Éditions Universitaires.

Minuchin, S. (1996). La thérapie familiale. Paris : ESF.

Napier, A., & Whitaker, C. (1980). Le creuset familial. Paris : Laffont.

Neuburger, R. (1995). Le mythe familial. Paris : ESF.

Poudat, F.X. (2000). Le questionnement solutionniste en thérapie sexuelle. Journal de thérapie comportementale et cognitive, 10, 85-97.

Satir, V. (1972). Pour retrouver une harmonie familiale. Paris : Delarge.

Satir, V. (1971). Thérapie du couple et de la famille. Paris : Desclée de Brouwer.

Schoendorff, B. (2009). Faire face à la souffrance. Paris : Retz.

Whitaker, C. (1989). Les rêveries d'un thérapeute familial. Paris : ESF.

L'alliance, les plaintes, les attentes et les objectifs 23

Sexualité, couple et TCC _ Les difficultés sexuelles

© 2011 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Chapitre 5

L'alliance, les plaintes,

les attentes et les objectifs

François-Xavier Poudat

L'alliance

La relation avec le patient est une relation personnalisée qui

demande,

de la part du thérapeute, de l'empathie et de l'affection. Elle

demande aussi que le thérapeute soit inventif, humoriste, respectueux,

en position

basse (et surtout pas en thérapeute tout puissant, magique,

capable de tout traiter, tout faire comme un instrumentaliste technicien

du sexe).

Toute thérapie demande un lien privilégié, une alliance entre le patient

et le thérapeute. L'observance dans l'utilisation des outils, des techniques et des tâches à domicile ne pourra réellement être efficace que si le thérapeute croit dans le message qu'il va adresser au patient et si le patient croit dans l'objectif qu'il s'est fixé avec le thérapeute. Parallèlement, il est essentiel que le patient, comme le thérapeute, croient tous les deux dans leur collaboration ; l'un ne peut rien sans l'autre. Certains patients patientent passivement et attendent une solution miracle du thérapeute ; d'autres patientent activement car le problème c'est l'autre, ils attendent des solutions de l'autre et de l'environnement ; enfin d'autres patients travaillent activement à la recherche de ces solutions en collaboration avec le thérapeute. Le thérapeute est expert dans la théorie, le patient est expert dans le symptôme.

Ce contexte ne va pas toujours se construire d'emblée, les entretiens préliminaires serviront à créer une « base » de relation thérapeutique et celle-ci pourra toujours être remise en question en fonction du

24 Approches théoriques et cliniques

cheminement du système et du duo client¹/thérapeute. Cela nécessite l'utilisation d'un langage clair et compréhensif, le thérapeute réutilisant les mots du patient dans son propre discours. Nous devons, en permanence, recadrer et reformuler ce que le patient exprime sur son trouble sexuel en des termes fonctionnels, directement opérationnels pour le patient.

Le thérapeute recherchera le registre d'expression utilisé par le client pour expliquer son problème (chaque individu a toujours un registre de prédilection pour exprimer ses problèmes) ; cela peut être du registre