

Sexothérapies cognitivo-comportementales

David Lafortune, Mathilde Baumann et Natacha Godbout

Ce chapitre porte sur les modèles d'évaluation et de traitement cognitivo-comportementaux des dysfonctions sexuelles¹. La *thérapie cognitivo-comportementale* (TCC) est une méthode d'intervention visant à documenter, comprendre et modifier les comportements, émotions et pensées associés aux symptômes [23]. Plusieurs modèles de traitement en TCC ont été proposés au fil des décennies. Ces modèles peuvent être différenciés selon trois « vagues » [38] et se distinguent notamment par leurs méthodes et leurs objectifs thérapeutiques [29] :

- *l'approche comportementale* (1^{re} vague) provient essentiellement de deux théories de l'apprentissage, soit le conditionnement classique et le conditionnement opérant. Ces théories suggèrent que les symptômes (p. ex. phobie) se développent suite à l'association entre un stimulus aversif (p. ex. provoquant de la peur) et l'effet de la réponse comportementale de l'individu (p. ex. évitement ou échappement) sur son activation psychophysiologique ;

- *l'approche cognitive* (2^e vague) s'inscrit dans la continuité des théories comportementales, en expliquant également le développement et le maintien des difficultés psychologiques par l'influence de l'environnement sur le développement des structures cognitives chez l'individu, parallèlement à l'influence des cognitions sur la perception de soi, des autres et du monde ;

- *les approches « contextuelles »* (3^e vague) regroupent des modèles thérapeutiques présentant une importante diversité sur le plan conceptuel et technique, tels que la *thérapie d'acceptation et d'engagement* (ou ACT, de l'anglais *Acceptance and commitment therapy*) [39], la *thérapie comportementale*

dialectique (ou DBT, de l'anglais *Dialectical behavior therapy*) [49], ou bien encore la *thérapie des schémas* [80]. Dans ces approches, le symptôme est analysé en référence à sa fonction dans un contexte donné, en accordant un rôle central aux variables de l'environnement dans la compréhension du développement et du maintien de la psychopathologie [30].

Spécifiquement, l'approche cognitivo-comportementale des dysfonctions sexuelles comprend des interventions visant à atténuer les interactions problématiques entre les pensées, les émotions et les comportements qui perturbent la satisfaction et le fonctionnement sexo-relationnel [46, 54].

Indications sexologiques des TCC

La pertinence clinique de la sexothérapie cognitivo-comportementale s'appuie sur une large littérature théorique et empirique concernant les mécanismes cognitifs, émotionnels, comportementaux et physiologiques impliqués dans l'étiologie des dysfonctions sexuelles [55, 57, 58, 69, 75], de même que sur son efficacité documentée pour la majorité des dysfonctions sexuelles (Tableau 55-I).

Metz et al. [54] suggèrent que l'indication d'une TCC pour une dysfonction sexuelle devrait reposer sur l'identification préalable de ses types (c'est-à-dire de tout temps/acquis, généralisé/situationnel). Les dysfonctions sexuelles présentes de tout temps, qu'elles soient généralisées ou situationnelles, de même que celles acquises et situationnelles se prêteraient davantage à un traitement psychologique (seul ou en combinaison avec un traitement médical), comparativement aux dysfonctions sexuelles acquises et généralisées, dont l'étiologie est plus souvent biologique (ce qu'une évaluation médicale devra confirmer [54]). Lorsqu'une TCC est indiquée, les techniques d'intervention varient en

1. Ce chapitre est une introduction au traitement cognitivo-comportemental des dysfonctions sexuelles. Le lecteur pourra se référer à plusieurs textes [36, 45, 54, 80] pour approfondir cette thématique, ainsi que d'autres pour la thérapie cognitivo-comportementale de couple [27, 50] et le traitement des paraphilies [42] qui ne seront pas couverts ici.

Tableau 55-1 Efficacité des traitements TCC pour les dysfonctions sexuelles.

Dysfonction	Modalités des programmes validés empiriquement	Pour aller plus loin
Trouble de l'érection	TCC individuelle, de groupe, en ligne, de couple Combinaison TCC et pharmacothérapie	Andersson et al., 2011* [5] Berry et Berry, 2014** [12] Bossio et al., 2018* [15]
Trouble de l'intérêt ou de l'excitation sexuelle chez la femme	TCC individuelle, de groupe, en ligne, de couple	Brotto et Basson, 2014* [17] Frühauf et al., 2013** [34] Stephenson, Zippan et Brotto, 2021* [68]
Trouble de l'orgasme chez la femme	TCC individuelle, de groupe, de couple	Adam et al., 2020* [2] Laan, Rellini et Barnes, 2013** [44]
Trouble lié à des douleurs génito-pelviennes ou à la pénétration	TCC individuelle, de groupe, de couple Traitement multimodal (p. ex., combinaison physiothérapie, TCC et chirurgie) Bibliothérapie	Al-Abbadey et al., 2016** [3] Bergeron et al., 2021* [11] Brotto et al., 2020* [19] Sorensen et al., 2018** [67]
Trouble de l'éjaculation prématurée	TCC individuelle, de couple Combinaison TCC et pharmacothérapie Bibliothérapie	Cooper et al., 2015** [22] Kempeneers, 2020** [43] Ventus et al., 2019* [73]
Trouble de l'éjaculation retardée	TCC individuelle et de couple	Althof, 2012** [4] Perelman, 2016* [58] Shin et Spitz, 2014** [65]
Trouble du désir hypoactif chez l'homme	TCC individuelle et de couple	Carvalho et Nobre, 2011* [21] Trudel, 2003* [70] Rubio-Aurioles et Bivalacqua, 2013** [63]

* Étude empirique primaire. ** Recension des écrits.

fonction de la nature du problème sexuel du-de la patient-e et de ses modes d'expression [60] :

- si le problème et ses conséquences sont *externes* (c'est-à-dire perte de l'érection, évitement des rapports sexuels, fuite avec compensation par des activités non sexuelles, contracture réflexe du vagin, etc.), des stratégies d'intervention **comportementales** sont préconisées ;
- si les problèmes et leurs conséquences sont *internes* (c'est-à-dire pensées intrusives, fantasmagie culpabilisée, etc.), une approche **cognitive** est priorisée ;

– si les problèmes et les conséquences sont *intériorisés*, mais *parfois observables* sur le plan émotionnel ou corporel (c'est-à-dire anxiété, colère, tristesse, honte, symptômes physiques comprenant des palpitations cardiaques, tremblements, serremments à la poitrine, maux de ventre, etc.), le traitement gagne à intégrer des techniques issues de la thérapie **cognitive** conjuguées avec des approches *corporelles* et *contextuelles*.

La figure 55-1 présente les objectifs distincts visés par les interventions comportementales, cognitives, émotionnelles et contextuelles, dans le traitement des dysfonctions sexuelles.

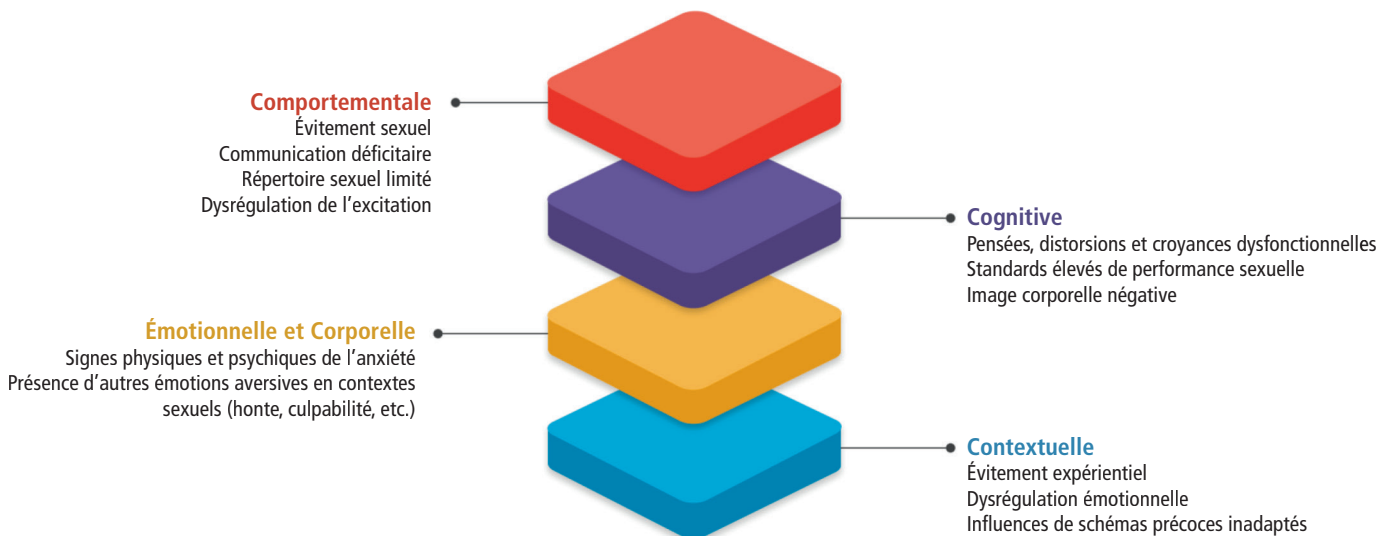


Figure 55-1 Exemples de stratégies selon les objectifs visés.

Évaluation et modèles d'intervention en TCC

Évaluation

L'évaluation en TCC consiste à documenter la difficulté sexuelle tant sur le plan diagnostique, que de son étiologie, son évolution et ses répercussions émotionnelles, cognitives, comportementales et relationnelles [7]. Wincze et Weisberg [46] invitent à considérer trois composantes relatives à l'étiologie des dysfonctions sexuelles lors de leur évaluation : 1) leur causalité complexe et multifactorielle ; 2) leurs facteurs de prédisposition, précipitants et de maintien ; 3) leurs origines biologiques (p. ex. diabète, hypertension), psychologiques (p. ex. dépression majeure, anxiété de performance), ou sociales/environnementales (p. ex. coercition sexuelle, communication dysfonctionnelle, manque d'intimité dans le couple).

Ce faisant, l'analyse fonctionnelle (AF) est un outil particulièrement précieux lors des premiers entretiens en TCC. Elle consiste à documenter les symptômes sexuels sous leurs différentes facettes (c'est-à-dire physiologique, émotionnelle, cognitive, comportementale, relationnelle, etc.), à partir de questionnements adressés au patient-e pour circonscrire leur nature (approche qualitative) ou de questionnaires pour mesurer la sévérité des perturbations associées à la dysfonction sexuelle (approche quantitative) [23, 45]. L'AF *qualitative* consiste à documenter le problème sexuel dans son fonctionnement présent (synchrone) et en référence à son développement dans la trajectoire du-de la patient-e (diachronie), pour comprendre comment le problème est apparu, se maintient et/ou s'est aggravé [60]. L'axe *synchrone* comprend les manifestations actuelles du trouble sexuel aux niveaux **cognitif** (p. ex. pensées envahissantes, attitude de spectateur, préoccupations à l'égard de l'image corporelle), **émotionnel** (p. ex. l'anxiété ou la honte associées à la performance), **corporel** (p. ex. sensations physiques liées au trouble, telles que les douleurs génito-pelviennes), **comportemental** (p. ex. évitement des rapprochements sexuels ou stratégies de réassurances) et **environnemental** (p. ex. dynamiques relationnelles conflictuelles, stressors familiaux ou professionnels, attitudes du-de la partenaire face aux difficultés sexuelles).

Une dysfonction sexuelle se développant généralement à travers le temps (axe diachronique), il est suggéré d'évaluer les facteurs de risque, précipitant et de maintien, qui sont associés à son émergence et à son évolution :

- les facteurs de risque comprennent les vulnérabilités biologiques ou les problèmes physiques, le tempérament, la personnalité, un historique de traumatismes (en particulier sexuels), un attachement insécurisé, une faible estime de soi, une éducation critique ou conservatrice à l'égard des normes sexuelles, etc. ;
- les facteurs précipitants désignent les circonstances qui ont précédé l'apparition du problème. Par exemple, les événements significatifs (séparation, nouvelle relation, décès, maladie, licenciement), les troubles physiques (ménopause, hypertension) ou de santé mentale (dépression, anxiété, abus de substances), l'expérience de traumatismes (abus sexuels), etc. ;
- les facteurs de maintien/contextuels renvoient aux comportements ou aux circonstances qui participent à sa chronicisation, tels que l'évitement, l'anxiété de performance, la culpabilité,

l'aliénation ou les rapports de pouvoir dans la relation, les conflits non résolus, la perte de complicité sexuelle, etc.

Plusieurs outils ont été développés pour assister l'AF (synchrone ou diachronique) et guider l'évaluation sexologique lors des premiers entretiens [6, 32], tels que le BASIC ID [24, 48] qui est particulièrement utile pour dégager une compréhension multimodale des difficultés sexuelles du patient.

Finale, l'AF *quantitative* en sexothérapie implique de mesurer la fréquence et l'intensité des perturbations, ainsi que la détresse associée au problème sexuel. Cette évaluation est facilitée par l'emploi de questionnaires standardisés (pour les principales mesures validées touchant à la sexualité humaine, voir Milhausen et al. [56]), ainsi que l'emploi de grilles d'observation à compléter *in vivo* par le patient, c'est-à-dire durant les moments de la vie quotidienne associés au problème sexuel (pour des fiches d'auto-observation à l'intention des patients, voir Bouvard et Cottraux [16]).

Les informations recueillies durant l'AF permettent de formuler les hypothèses sur l'apparition et le maintien de la difficulté sexuelle (c'est-à-dire la formulation cognitivo-comportementale du cas [59]), afin de déterminer et planifier les interventions appropriées. Par ailleurs, l'AF offre une « ligne de base » des difficultés sexuelles du-de la patient-e lors de l'évaluation initiale, pour réaliser des comparaisons lors des bilans réguliers au cours de la thérapie et à la fin de celle-ci [45].

Techniques d'intervention

La TCC des dysfonctions sexuelles s'inscrit habituellement dans une prise en charge bio-psycho-sociale et multidisciplinaire [36, 54] impliquant plusieurs professionnel-le-s de santé (p. ex. médecins, psychologues, sexologues, physiothérapeutes). Le rétablissement de la fonction et de la satisfaction sexuelle et relationnelle en TCC mobilise différentes techniques, telles que la psychoéducation, l'exposition systématique, la résolution de problèmes, la restructuration cognitive, la présence attentive, pour ne citer qu'elles.

Psychoéducation

La psychoéducation occupe un rôle central dans le traitement des dysfonctions sexuelles, dans la mesure où de nombreux adultes, quel que soit leur niveau d'éducation, ont des connaissances limitées en matière de physiologie sexuelle et de compétences psychosexuelles, ou bien présentent des conceptions erronées relatives à la sexualité humaine [54]. Or, un manque d'informations sur la sexualité peut contribuer au développement d'attentes erronées ou excessives, ou d'appréhensions en termes de performance, conduisant à des résultats décevants ou à des inhibitions sur le plan sexuel [60]. En psychoéducation, on préconise une information soutenue empiriquement, succincte et exempte de moralisation, notamment apportée par le biais de lectures ou de matériel audiovisuel (p. ex., vulgarisation, contenu érotique). L'information ciblée se réfère principalement à la psychophysiologie de la réponse sexuelle de l'homme et de la femme et aux caractéristiques anatomiques (pour plus de détails sur l'anatomophysiologie de la sexualité, voir chapitres 1, 2 et 3), à l'étiologie des différentes dysfonctions sexuelles (voir parties 2 et 3), aux types et aux variations des stimulations et des scripts sexuels, à l'utilité des fantasmes sexuels et de la communication

érotique, de même qu'à l'importance de valoriser l'intimité émotionnelle et physique. Par exemple, dans leur étude portant sur le trouble de l'érection, Bossio et al. [15] ont évalué un programme d'intervention basé sur la psychoéducation et la présence attentive. Leurs résultats révèlent que les hommes ayant bénéficié de ce programme rapportent une amélioration de leur fonction érectile et de leur satisfaction sexuelle à la fin du traitement de même que six mois après celui-ci. Dans leur étude portant sur l'éjaculation précoce, Ventus et al. [73] ont également évalué l'efficacité d'une intervention basée sur la psychoéducation, combinée à des exercices de *stop-and-go* assistés par vibreur. Leurs résultats révèlent que le groupe ayant bénéficié du programme rapporte un accroissement de leur latence éjaculatoire et une diminution de leur niveau de détresse sexuelle comparativement au groupe contrôle (liste d'attente).

Techniques comportementales

Les techniques comportementales visent à rompre le renforcement de l'évitement, à améliorer les habiletés sexuelles et à augmenter le registre des comportements sexuels. Parmi les approches comportementales les plus utilisées et soutenues empiriquement, on retrouvera les exercices sexologiques, les techniques d'exposition et l'entraînement à l'affirmation de soi.

Exercices sexologiques

Les exercices sexologiques (p. ex. *Sensate focus*, exercices de Kegel, masturbation dirigée, entraînement aux fantasmes, alignement coïtal [31, 51, 52, 53]) consistent en des tâches à accomplir seul-e ou avec partenaire². Ces exercices mettent l'accent sur la sensorialité, l'éducation et la réponse sexuelle afin d'atténuer les facteurs étiologiques associés à la difficulté sexuelle, tels que l'évitement de l'intimité ou l'attitude de spectateur [52]. En complément aux exercices sexologiques, le ou la thérapeute peut donner certaines consignes telles que varier la fréquence, le rythme et les lieux des rapports sexuels, proposer une abstinence temporaire des rapprochements intimes, prescrire des échecs prémédités durant les rapports sexuels, augmenter la durée des caresses non génitales ou alors supprimer temporairement la pénétration. Dans leur étude portant sur les douleurs génito-pelviennes, Zarski et al. [81] ont évalué l'efficacité d'un programme d'auto-traitement en ligne auprès de 70 femmes présentant des douleurs lors de la pénétration. Le programme comportait dix séances, incluant notamment des exercices de relaxation, de *Sensate focus* et l'utilisation de dilateurs de taille croissante dans une perspective d'exposition progressive. Les participantes ayant bénéficié du programme ont rapporté une amélioration significativement plus grande de leur fonction sexuelle, comparativement au groupe contrôle (liste d'attente) six mois après l'intervention. Une étude antérieure [47] visait pour sa part à évaluer l'efficacité d'un programme d'intervention basée sur le *Sensate focus* auprès de 98 hommes rapportant un trouble de l'érection ou d'éjaculation précoce. Globalement, les hommes souffrant d'un trouble de l'érection et ayant bénéficié du programme ont rapporté une amélioration supérieure de leur fonction sexuelle comparativement au groupe contrôle (liste d'attente) ; cette différence n'a toutefois pas été constatée auprès des hommes souffrant d'éjaculation précoce.

Techniques d'exposition

Les techniques d'exposition sont particulièrement indiquées pour les dysfonctions sexuelles où l'anxiété est un facteur étiologique central [13, 34]. Elles consistent à diminuer la réponse de peur par l'exposition au stimulus aversif. Classiquement, on distingue l'*exposition in vivo* (face à l'objet réel ou une représentation physique) et l'*exposition in imagino* (exposition par imagerie mentale, sous relaxation). Dans les deux cas, ces techniques impliquent une exposition contrôlée, répétée et sans évitement à l'objet de la peur, tout en respectant la fenêtre de tolérance de la personne, jusqu'à ce que l'anxiété diminue significativement.

La *désensibilisation systématique* [78] consiste à diminuer progressivement la réponse anxieuse en ayant recours à l'exposition en imagination, couplée à l'utilisation d'une réponse émotionnelle antagoniste à la peur (relaxation). Concrètement, après avoir enseigné au patient-e une méthode de relaxation, on l'aide à établir une hiérarchie constituée d'étapes graduelles se rapprochant de l'objectif correspondant à une situation dans laquelle la difficulté sexuelle n'est plus présente. Le patient-e évalue, sur une échelle de 0 à 100, le niveau subjectif de malaise anticipé face à chaque situation. Une fois l'individu relaxé en séance, on l'invite à se représenter les diverses situations sexuelles en imagination, en commençant généralement par celle associée à un faible niveau d'anxiété ou située dans sa fenêtre de tolérance [25, 33].

L'*exposition progressive* est faite in vivo, c'est-à-dire en situation réelle. Les règles demeurent semblables à celles de la désensibilisation systématique : par exemple, une patiente présentant un trouble de la douleur génito-pelvienne pourra débiter par l'étape de regarder son sexe devant un miroir, pour ensuite, à une étape plus avancée de l'exposition, faire pénétrer un dilateur de petite taille dans son vagin en contractant ses muscles périvaginaux. Généralement, on préconise la désensibilisation systématique lorsque le niveau d'anxiété est important, puisqu'une exposition in vivo ou l'utilisation d'autres techniques (p. ex. dilateurs vaginaux) pourrait être prématurée et néfaste.

Entraînement à l'affirmation de soi

L'affirmation de soi désigne un ensemble de comportements traduisant la capacité d'une personne à agir au mieux de son intérêt, défendre son point de vue, exprimer de manière directe, sincère et appropriée ce qu'elle pense, veut et ressent, en exerçant ses droits sans dénier ceux des autres [79]. L'entraînement à l'affirmation de soi vise trois objectifs : 1) *identifier* ses états mentaux (émotions, pensées, désirs, besoins, etc.) ; 2) *reconnaître* ses besoins et ses limites ainsi que ceux de l'autre ; puis 3) être en mesure de les *communiquer*. Dans le traitement des dysfonctions sexuelles, l'entraînement à l'affirmation de soi permet d'identifier et d'obtenir plus efficacement ce que l'on désire, ce qui renforce le sentiment d'efficacité personnelle, améliore la communication relationnelle et diminue l'influence des frustrations et des ressentiments sur la satisfaction sexuelle.

Les techniques employées pour développer l'affirmation de soi comprennent l'information pédagogique sur la communication assertive (p. ex. être en mesure de formuler une demande, exprimer ses sentiments et de l'affection, communiquer un refus ou une frustration de façon saine), la pratique de jeux de rôle, des exercices d'expression verbale et corporelle, de même que la restructuration cognitive (vue plus loin). Il est effectivement important de considérer, puis moduler, les cognitions qui maintiennent

2. Pour des exemples d'exercices sexologiques, voir [36, 40, 58].

les comportements non affirmatifs, telles que celles associées à la crainte de paraître ridicule (« si je parle de mes émotions, je vais paraître moins masculin »), à l'anticipation des conflits ou de reprécisions (« c'est certain que ça va finir en dispute si je lui dis ça, elle va bouder des jours ! »), ou bien encore à l'appréhension de blesser l'autre (« si je lui dis ce que je préfère sexuellement, il ne va plus se sentir à la hauteur ») [45].

Techniques cognitives

En sexothérapie, les techniques cognitives visent à identifier et modifier les pensées automatiques et les croyances irrationnelles qui nuisent à l'expérience émotionnelle et sensorielle en contexte sexuel.

Concepts clés de l'approche cognitive

L'approche cognitive repose sur quatre notions centrales : 1) les schémas et les croyances fondamentales, 2) les croyances intermédiaires, 3) les distorsions cognitives et 4) les événements cognitifs [9].

Les *schémas cognitifs* désignent des structures cognitives profondes et relativement stables qui se développent dès l'enfance sous l'influence des expériences développementales, du discours familial, social et culturel. Plus ces croyances fondamentales sont erronées – c'est-à-dire basées sur des mythes dysfonctionnels et rigides, ou des attentes irréalistes – plus elles déforment les perceptions et déclenchent les réactions affectives, physiologiques ou comportementales associées aux dysfonctions sexuelles [57]. Ces schémas peuvent prendre la forme de diverses conceptions de soi et des autres et participent à l'étiologie des dysfonctions sexuelles (p. ex. « tout contact physique intime doit aboutir à la pénétration », « les couples normaux n'ont pas de problèmes sexuels », « la taille et la forme des organes sexuels est associée à la satisfaction sexuelle », « l'activité sexuelle préférée des femmes est la pénétration », « la sexualité doit être automatique », « atteindre l'orgasme est une preuve d'amour » [54, 72]).

Les *croyances intermédiaires* désignent des présomptions, des règles et des attitudes de second niveau [9]. Les présomptions sont des hypothèses et les conséquences implicites qui découlent directement d'une croyance fondamentale : « si ceci est vrai, il en résulte cela ». Les règles se présentent sous forme d'instructions plus ou moins impératives qui dictent le comportement à adopter par la personne et son ou sa partenaire. Enfin, les attitudes sont des manières plus ou moins automatiques de réagir à certaines situations ou événements de la vie quotidienne. Les croyances intermédiaires pourront s'articuler de la sorte chez un homme anxieux face à sa performance sexuelle : « je n'ai pas les attributs physiques pour stimuler adéquatement ma partenaire (croyance fondamentale). Par conséquent, si nous avons une relation sexuelle, je vais vivre de la honte (présomption). Je dois donc éviter ces moments intimes (règle). Pour cela, je vais demeurer distant et peu démonstratif en sa présence (attitude) » [45].

Les *distorsions cognitives* se réfèrent à des mécanismes automatiques de transformation et de sélection de l'information qui biaisent l'interprétation des événements externes et internes à l'individu. Des exemples de distorsions cognitives en contextes sexologiques incluent : « si j'étais réellement amoureuse, je devrais toujours avoir envie d'avoir des rapports sexuels avec

cette personne » (pensée impérative), « cette personne n'a pas voulu me faire un cunnilingus, donc elle me trouve dégoûtante » (filtre mental), « si je perds encore une fois mon érection, cette personne va me quitter » (catastrophisation), « mon partenaire me dit qu'il me trouve attirante uniquement pour ne pas me blesser ou pour obtenir quelque chose » (discrédit du positif) [45]. À noter que plus les schémas cognitifs sont pathologiques, plus les distorsions ont tendance à être rigides et systématiquement mobilisées.

Les *événements cognitifs* sont des manifestations cognitives qui se présentent sous la forme de pensées (dialogues intérieurs) ou d'images mentales. Les événements cognitifs comprennent notamment les *pensées automatiques* qui sont le produit des distorsions cognitives et qui apparaissent spontanément sous une forme involontaire, envahissante, et ce, de manière récurrente en réponse à certains stimuli. En contexte sexuel, les pensées automatiques peuvent engendrer des réactions physiologiques, émotionnelles et comportementales renforçant les pensées négatives et formant une boucle auto-renforçatrice qui maintient la difficulté sexuelle. Par exemple, la présence de douleurs lors d'un rapport sexuel peut causer chez la femme dyspareunie une appréhension de la douleur lors des rapports ultérieurs (distorsion de type catastrophisation ou surgénéralisation), pouvant contribuer à inhiber le processus de lubrification naturelle et induire des contractions musculaires involontaires lors des rapports sexuels subséquents. De plus, la répétition des tentatives infructueuses de pénétrations risque d'alimenter les schémas dévalorisants à l'égard de soi (p. ex. d'imperfection), des émotions douloureuses (p. ex. sentiments d'échec, culpabilité) et les stratégies d'évitement des rapprochements physiques, aboutissant à la chronicisation du problème sexuel.

Méthodes d'interventions en restructuration cognitive

La restructuration cognitive vise à analyser et discuter le discours intérieur qui conditionne la sexualité dysfonctionnelle, afin de l'assouplir ou la modifier. Dans un premier temps, l'intervention consiste à aider la personne à prendre conscience des pensées automatiques qui précèdent ou accompagnent la situation sexuelle problématique, de même que les émotions pénibles et les comportements, ainsi qu'à identifier les distorsions et les croyances qui produisent des biais dans le traitement de l'information relative au contexte sexuel. La thérapie cognitive consiste ensuite à formuler des interprétations alternatives face à la situation sexuelle, afin de moduler les réactions émotionnelles et les comportements qui entretiennent le problème.

Afin d'accompagner le-la patient-e à prendre conscience de ses pensées automatiques, le-la thérapeute peut employer l'imagerie mentale, le jeu de rôle ou des questionnements qui facilitent leur identification (p. ex. « À quoi pensez-vous lorsque vous constatez que votre érection n'est pas assez rigide ? », « Que vous dites-vous lorsque vous constatez que votre partenaire montre plus de désir sexuel que vous ? », « Qu'est-ce que cela signifie pour vous ? Pour votre relation ? »). Cette identification peut également s'effectuer hors séance, à l'aide d'outils d'auto-enregistrement, tels que la grille d'analyse pour le couple (Figure 55-2) développée par Metz et al. [54] ou la triple colonne de Beck [9] (Tableau 55-II). Anderson et al. [5] ont évalué l'efficacité d'une intervention cognitive auprès d'hommes souffrant d'un trouble érectile ($n = 78$). Comparativement au groupe témoin, les hommes ayant bénéficié du

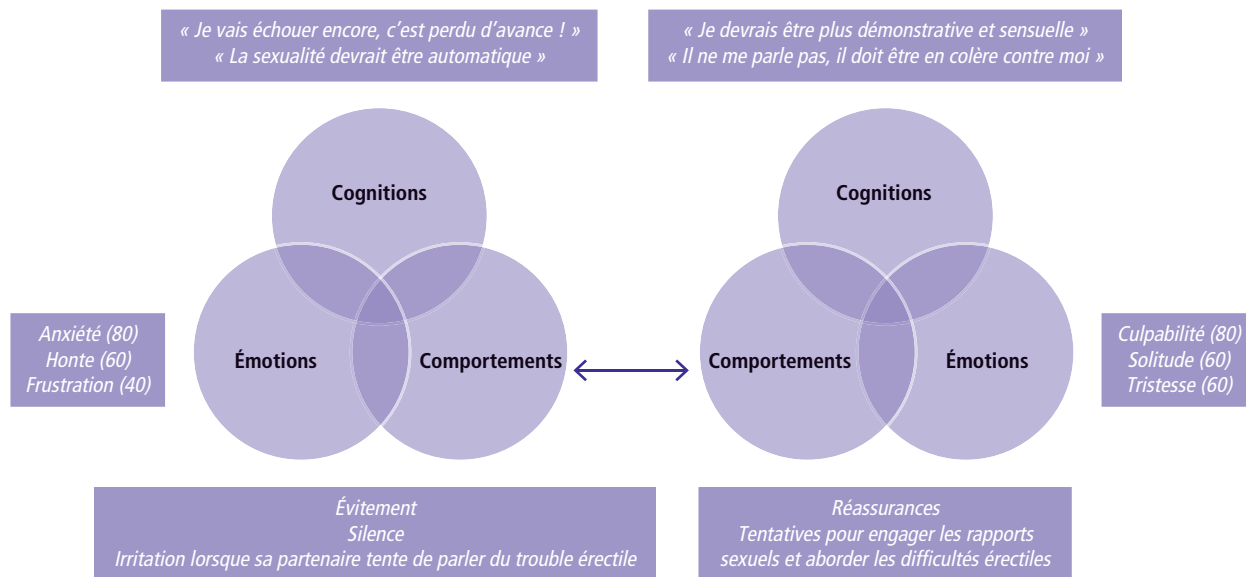


Figure 55-2 Grille d'analyse pour le couple, illustrée en contexte de trouble érectile.

Tableau 55-II Colonne de Beck dans un cas de dyspareunie chez la femme.

Date	Situation associée au problème	Pensées automatiques (Degré de croyance 0-100)	Émotions (Intensité 0-100)	Comportements
	« Mon partenaire dit vouloir que nous passions du temps seuls ensemble pour faire l'amour. »	« C'est certain que ça va faire mal, je ne vais pas y arriver. » (90) « Il va se fatiguer de mes échecs et va me quitter. » (50)	Anxiété (80) Tristesse (60)	Évitement/Retrait des moments d'intimité

programme rapportaient une amélioration significativement plus importante de leurs capacités érectiles. Dans une autre étude clinique, portant cette fois-ci sur la vestibulodynie provoquée, Bergeron et al. [11] ont comparé l'efficacité d'une psychothérapie de couple d'orientation cognitive et comportementale à un traitement à base de lidocaïne topique. Les résultats révèlent que les couples ayant participé au programme de psychothérapie ont rapporté significativement moins de douleurs, d'anxiété et de distorsions cognitives (c'est-à-dire catastrophisation) associées à la pénétration, et ce jusqu'à 6 mois après l'intervention, comparativement au groupe ayant uniquement reçu le traitement pharmacologique.

Suite à l'identification des pensées dysfonctionnelles, la restructuration cognitive consiste à accompagner le-la patient-e à élaborer des pensées plus nuancées et fonctionnelles :

- *questionnement socratique* : cela consiste à poser des questions au-la patient-e pour l'amener à adopter une perspective alternative et s'interroger sur le bien-fondé de ses pensées [10] ;

- *discuter les évidences*, c'est-à-dire répertorier les *indices* qui appuient (preuves) ou vont à l'encontre (contre-preuves) des pensées automatiques. La recherche de contre-preuves peut être facilitée par certains questionnements : « Avez-vous déjà vécu d'autres expériences durant lesquelles votre difficulté n'était pas présente ? » « Que diriez-vous à votre meilleure amie si elle vivait le même problème sexuel ? » « Est-ce que certains éléments positifs n'ont pas été considérés ? » ;

- *générer des pensées alternatives*, c'est-à-dire qui s'opposent ou sont plus nuancées vis-à-vis des pensées automatiques. Pour se faire, les questions suivantes peuvent être formulées : « Existe-t-il d'autres raisons pouvant également expliquer votre difficulté sexuelle ? » « Si un ami vivait cette situation, que lui conseilleriez-vous ? » ;

- *prescrire des tests comportementaux* : ceux-ci visent à tester la validité des pensées dysfonctionnelles et des prédictions fatalistes par l'épreuve de la réalité. Dans la mesure où ces prédictions ne se réalisent que très rarement, de telles expériences correctrices sont efficaces pour mener à l'extinction progressive des appréhensions ;

- *des jeux de rôle* peuvent aussi faciliter la restructuration cognitive ; ils consistent à mettre en scène un dialogue entre le-la patient-e et le-la thérapeute, où chacun représente respectivement les croyances dysfonctionnelles et les alternatives. Le-La patient-e peut commencer par représenter son discours habituel (croyances dysfonctionnelles), puis changer avec le-la thérapeute, en se mettant dans la position inverse (défendre les croyances alternatives). Cette technique favorise la reconnaissance et l'adoption par le-la patient-e d'un point de vue critique face à ses pensées automatiques [57].

Au-delà de leur identification, la diminution des pensées automatiques problématiques requiert fréquemment d'identifier et de résoudre les schémas cognitifs qui sous-tendent ces idées intrusives. Aux autres techniques en restructuration cognitives, on pourra ajouter celle de la *flèche descendante* qui consiste à

identifier la pensée automatique dysfonctionnelle puis à poser une succession de questions (p. ex. « Et si c'était vrai, qu'est-ce que cela impliquerait pour vous ? Par rapport à la vôtre relation ? etc. ») pour atteindre les croyances plus profondes et problématiques impliquées dans la sexualité dysfonctionnelle (p. ex. « Il-elle va me quitter »... Et si cela arrivait, que se passerait-il ? « Je finirai seul-e »... Et qu'advierait-il de vous si c'était vrai ? « Je dois divaguer, personne ne pourra jamais m'aimer »).

Le cas de Philippe permet d'illustrer le processus d'évaluation en TCC ainsi que la prise en charge comportementale et cognitive d'un trouble de l'érection.

Vignette clinique : Philippe

Philippe (43 ans) est en relation depuis 16 ans avec sa conjointe actuelle. Il consulte pour un trouble de l'érection dont nous confirmons le diagnostic sur la base des critères du DSM-5-TR. Philippe relate que les difficultés érectiles sont présentes depuis ses premières relations sexuelles (19 ans) mais que celles-ci se sont aggravées dans la dernière année. Il indique avoir du mal à maintenir son érection pendant la pénétration jusqu'à l'achèvement du rapport sexuel, dans plus de 75 % des cas. Il parvient toutefois à obtenir une érection satisfaisante lors de la masturbation et mentionne avoir des érections fréquentes au réveil. Philippe indique qu'il est vigilant aux moindres signes avant-coureurs d'une « panne » lors des rapports sexuels (p. ex. modifications dans la rigidité de son érection). Il rapporte également plusieurs pensées anxieuses et fatalistes lorsqu'il reçoit des démonstrations d'affection de sa conjointe (caresses, mots doux) ainsi que durant les relations sexuelles : « peu importe ce que je vais tenter, ça va être un échec », « si je ne suis pas complètement bandé, elle n'aura pas de plaisir ». Après les relations sexuelles, qu'il juge souvent comme des échecs, il se dit : « elle est en colère contre moi, elle va me quitter », « je ne sais pas quoi faire » « le sexe devrait être automatique, qu'est-ce qui va mal chez moi ! » ; des pensées qui s'accompagnent d'émotions pénibles telles que la honte, la culpabilité et la frustration. Dans ces moments, il s'excuse de manière répétée auprès de sa conjointe, arguant qu'il devrait être un meilleur amant et mieux la satisfaire. Philippe explique être devenu habile afin d'éviter les rapprochements intimes : il trouve des excuses, rentre tard le soir et se couche systématiquement après sa conjointe. Il n'initie aucun rapprochement (massages, caresses, regarder un film sur le divan) par peur d'éveiller le désir chez sa conjointe d'avoir des relations sexuelles et de ne pouvoir performer. Des examens médicaux ont permis d'éliminer une étiologie neurologique, hormonale et anatomique à ses difficultés.

Le patient ne rapporte pas de stressseurs professionnels ou familiaux particuliers ni de difficultés relationnelles majeures dans son couple. Toutefois, la conjointe (Sylvie), jusque-là conciliante et attentive aux besoins de Philippe, exprime des frustrations croissantes depuis quelques mois en lien avec ses difficultés érectiles. Cette situation entraîne une importante détresse, puisqu'il souhaite satisfaire Sylvie dont il est très amoureux et qu'il dit fortement désirer sexuellement.

Analyse fonctionnelle de Philippe

Le profil multimodal de Philippe suggère que son trouble érectile s'exprime davantage aux niveaux cognitif (p. ex. pensées intrusives, scénarios fatalistes, hypervigilance) et comportemental (p. ex. vérification de l'érection, évitement des rapprochements). Le patient a complété l'*International index of erectile function* (IIEF) [62] et son score (17) est cohérent avec le diagnostic du trouble de l'érection et la faible satisfaction sexuelle exprimée par le patient.

Compréhension clinique, objectifs de traitement et méthodes d'intervention

Le caractère « de tout temps » et « situationnel » du trouble érectile du patient suggère une étiologie essentiellement psychogène à ses difficultés. L'attitude de spectateur, présente chez le patient lors des rapports sexuels (sur la qualité de son érection) provoque un déplacement des capacités attentionnelles sur les conséquences émotionnelles liées à une performance jugée médiocre (sentiments d'échec, de frustration et de culpabilité). Ce déplacement mène à une attention sélective sur des cognitions non sexuelles (craintes associées à la performance et à l'abandon), entravant la concentration sur les stimuli érotiques nécessaires à l'érection. L'évitement de l'intimité induit une diminution à court terme de l'anxiété, mais augmente avec le temps ses appréhensions à l'égard de la sexualité et nuit à ses capacités à se désensibiliser de son anxiété. En l'absence de dysfonctionnement majeur sur le plan conjugal, le traitement privilégiera une sexothérapie individuelle combinant des méthodes cognitives et comportementales.

Le traitement en thérapie individuelle s'est échelonné sur quatre mois (une séance par semaine), suivant une rencontre en présence de sa conjointe pour lui faire part des objectifs et des techniques thérapeutiques, et s'assurer de sa collaboration. La thérapie comprenait plusieurs stratégies.

La *transmission d'informations psychoéducatives* a d'abord été préconisée concernant le trouble érectile, les cycles de l'évitement anxieux (p. ex. activation physiologique du système nerveux autonome et du système endocrinien) et le rôle des pensées intrusives non sexuelles sur la capacité à obtenir et maintenir une érection.

Les *stratégies comportementales* incluaient des exercices de masturbation utilisant un jouet de type Fleshlight® pour entraîner le patient à développer ses compétences attentionnelles, cognitives et comportementales sans sa partenaire³. Il a été recommandé au patient de l'utiliser avec du lubrifiant et de porter une attention particulière aux sensations proprioceptives et tactiles agréables. Le but est d'expérimenter le lien entre ses pensées et son érection, afin de développer une meilleure flexibilité attentionnelle. Il a été recommandé de ne pas utiliser de matériel pornographique, pour inciter Philippe à être attentif à son excitation corporelle, ses pensées et ses sensations. À une étape plus avancée du traitement, quand le patient pouvait se retrouver nu avec sa conjointe sans anxiété,

3. Un Fleshlight® (masturbateur) est un jouet sexuel en silicone modelé pour simuler un rapport sexuel (vagin, bouche ou anus en silicone), dans lequel le pénis est introduit, permettant d'offrir une expérience plus réaliste de la sexualité dyadique que la masturbation manuelle.