

# OU EN SONT LES THERAPIES PSYCHOSEXUELLES ?

Jean Tignol

Hôpital Charles Perrens  
121, rue de la Béchade 33076 BORDEAUX CEDEX

**CURRENT STATUS OF PSYCHOSEXUAL THERAPY.** Sex therapy was born in 1970 with the publication of Masters and Johnson's landmark book "Human Sexual Inadequacy". Since then it has evolved under the influences of social changes, medical technological developments, advances psychotherapy and an alteration in the awareness of sexual problems. However, there has been no fundamental change in psychosexual therapy technique during the past decade. On the other hand, as with psychotherapy, techniques have diversified and become more refined and adapted to specific conditions and patients, and we have a better understanding of their mode of action. During the coming years it will be most important to achieve a greater compliance of more patients in following recommended treatment by improvising the collaboration between sex therapists with diverse specialities to provide a thorough evaluation of each patient. **Key words :** Sex therapy, Sexual disorders Psychotherapy. *Andrologie*, 1991, 1 : 117-119.

Les thérapies psychosexuelles (T.P.S.) peuvent être définies comme des méthodes psychothérapeutiques spécialement conçues pour le traitement des troubles sexuels. Les inventeurs de ces traitements spécialisés sont Masters et Johnson (10). L'ère des T.P.S. s'ouvre en 1970 avec la publication de leur ouvrage "Human Sexual Inadequacy". C'est en hommage à leurs créateurs que vingt ans après nous allons essayer de voir ce que sont devenues les T.P.S.

Les T.P.S. ont évolué, car les comportements sexuels se sont modifiés, l'abord médical des troubles sexuels s'est beaucoup développé, les psychothérapies ont progressé en devenant plus scientifiques et plus efficaces, enfin la pathologie sexuelle a changé. Nous allons commencer par présenter les changements survenus dans ces domaines, avant de parler de l'évolution proprement dite, qu'ils conditionnent en partie, des T.P.S.

## EVOLUTION SOCIALE DES COMPORTEMENTS SEXUELS (1970-1990)

Les années 70 ont été celles de la libération

sexuelle. En même temps qu'à un militantisme pour le bon sexe nécessaire à la santé, on a assisté à une considérable levée de la censure sociale sur les pratiques sexuelles, dont ont témoigné non seulement les homosexuels, qui s'en sont donné à cœur joie - si l'on peut dire - dans les saunas et les arrières salles des bars spécialisés, mais aussi les hétérosexuels avec des changements de partenaires faciles et nombreux et une certaine mode de la sexualité de groupe.

Dès la fin des années 70, on a assisté à une réaction sociale contre cette sexualité trop libre, qu'est malheureusement venu renforcer de façon tragique le Sida au début des années 80. On peut ainsi poser que les années 80 sont devenues celles de la prudence, avec la recherche du "safe sex", la réduction drastique du nombre de partenaires, et le retour de la vertu - peut-être un peu forcé - comme valeur. Il est certain que ce changement socialement conditionné des comportements sexuels a entraîné des problèmes différents, et partant un changement des thérapeutiques.

## LA MEDECINE ET LES TROUBLES SEXUELS MASCULINS (1970-1990)

Du point de vue de l'abord somatique des troubles sexuels, les années 70 ont été les années des prothèses péniennes. Bien qu'extrêmement intéressantes à la fois pour leurs apports thérapeutiques et pour les réflexions qu'elles pouvaient susciter (12), les prothèses constituaient une solution si radicale qu'elles ne semblent pas avoir beaucoup pesé sur l'évolution des T.P.S.

Par contre, les années 80 ont vu se développer tout un ensemble sophistiqué et apparemment cohérent d'explorations et de traitements chirurgicaux des troubles de l'érection (cavernométrie, cavernographie, et interventions sur les "fuites veineuses"; artériographies sélectives et interventions de revascularisation artérielle...). Elles ont aussi vu naître, avec les injections intra-caverneuses de produits vaso-dilatateurs, le premier traitement symptomatique efficace de l'impotence érectile, quelle que soit sa cause, en particulier psychogène (mises à part les étiologies vasculaires vraies et les fibroses caverneuses).

Toutes ces nouveautés ont augmenté considérablement les possibilités d'intervention à un

niveau somatique dans le traitement des troubles sexuels, et plus particulièrement des troubles de l'érection. Ces progrès du "pouvoir médical", conjugués à la demande de beaucoup de patients qu'on leur corrige immédiatement et "mécaniquement" leur problème érectile, ont conduit à des abus par mise en jeu trop rapide et/ou trop exclusive des traitements somatiques par rapport aux T.P.S. Il y a eu au Congrès de Boston en 1988 (in 12) des mises en garde contre ces abus et un appel pour une évaluation plus scientifique des nouvelles thérapeutiques. Les progrès médicaux des années 80 ont par ailleurs rendu nécessaire la multidisciplinarité dans l'abord des troubles sexuels masculins. Nous sommes heureux d'avoir compté parmi ses précurseurs avec la création du Groupe d'Etude des Troubles Sexuels de Bordeaux (G.E.T.S.M.) en 1983 qui réunissait des psychiatres avec des urologues, principalement M. ETCHEVERRY, des chirurgiens vasculaires, des endocrinologues, des radiologues et spécialistes des explorations fonctionnelles.

## L'EVOLUTION DES PSYCHOTHERAPIES (1970-1990)

Au début des années 70, la psychanalyse régnait pratiquement seule dans le domaine des psychothérapies, et l'on pourrait schématiser sa trajectoire en disant qu'elle est passée de l'impérialisme au "déclin de l'empire" (qui se dessine dès 1980).

Ces mêmes années 80 ont vu arriver en France la Behavior Therapy (B.T.) ou thérapie comportementale qui s'est ensuite adjointe la Cognitive Therapy (C.T.) ou thérapie cognitive, pour devenir la Cognitive Behavior Therapy (C.B.T.) qui sera probablement la référence dominante en psychothérapie dans les années 90. Il existait en France une Association Française de Thérapie comportementale (A.F.T.C.) qui s'est transformée en 1990 en Association Française de Thérapie Comportementale et Cognitive (A.F.T.C.C.).

La C.B.T. traite les comportements observables (B.T.), et les cognitions, c'est-à-dire les pensées (C.T.), comme des objets scientifiques dont on peut mesurer les anomalies, que l'on se propose de modifier par des protocoles thérapeutiques précis, et dont on mesurera les résultats par les mêmes méthodes "objectives" qui avaient servi à évaluer la pathologie. Ce courant psychothé-

pique se veut donc "scientifique", par opposition à pratiquement tous les autres, et en particulier à la psychanalyse dont les élaborations et les procédures thérapeutiques font appel à trop de notions théoriques invérifiables, et dont les résultats ne peuvent être soumis à évaluation.

D'autres psychothérapies ont toutefois fait un mouvement similaire à celui de la C.B.T. vers la rationalisation et l'évaluabilité de leurs techniques. Il s'agit entre autres de l'Interpersonal Therapy (I.P.T.) de Klerman et Weissman (7) et de la Supportive Expressive Therapy (S.E.T.) de Luborsky (9). Pour chacune de ces thérapies, il existe un manuel où elle est décrite en détail (C.B.T. (1) ; I.P.T., 1984 ; S.E.T., 1984), ainsi qu'un programme de formation des thérapeutes. Ces thérapies ont pu être évaluées dans plusieurs études contre médicaments dans le domaine de la dépression. En 1989, Elkin (4) a publié les premiers résultats de l'étude multicentrique du N.I.M.H. comparant dans le traitement de la dépression I.P.T., C.B.T., imipramine et placebo. Cette étude marque un tournant dans le domaine du traitement de la dépression - mais ce n'est pas notre propos d'aujourd'hui - et dans celui des psychothérapies.

Mentionnons enfin dans le champ général des psychothérapies, l'influence diffuse de la théorie des systèmes et des théories de la communication.

### **LA PATHOLOGIE SEXUELLE (1970-1990)**

Les années 80 ont vu la promotion des troubles du désir comme pathologie sexuelle majeure à côté des troubles "instrumentaux" qui focalisaient l'intérêt dans les années 70. La classification des troubles sexuels du D.S.M.-III (1980) (2) les reconnaît sous l'appellation : "inhibited sexual desire", tandis que le D.S.M.-III R (1987) (3) les sépare en "hypoactive sexual desire" et "sexual aversion". Le trouble inverse ou "hyperactive sexual interest" s'est vu refuser l'accès au D.S.M.-III R, comme pathologie sans importance et probable artefact. Pour Leiblum et Rosen (8) les troubles du désir seraient de plus en plus fréquents en consultation spécialisée.

### **LES T.P.S. DES ANNEES 70**

Rappelons tout d'abord pour mémoire l'existence de travaux français sur les psychothérapies d'inspiration psychanalytique (5) et sur la psychothérapie de l'impuissance sexuelle (6) qui malheureusement, ne font pas école, malgré, ou à cause de, l'expansion psychanalytique des années 70. C'est donc Masters et Johnson qui vont marquer les années 70 et suivantes de leur élaboration d'une T.P.S., la première du genre, centrée sur le symptôme, traitement de couple bref par un

couple de thérapeute, selon une technique comportementaliste, bien que les auteurs ne se réfèrent explicitement à aucun courant psychothérapeutique.

D'autres T.P.S. vont alors fleurir, plus ou moins marquées par diverses influences : la psychologie humaniste colore le "courant californien" des T.P.S. de ses bonnes intentions et de l'agressivité de ses méthodes (films de démonstration, "flooding" de murs d'images sexuelles...) ; le corps est parfois très directement mis en jeu, comme dans les massages dit californiens et la pratique des partenaires de remplacement ou des "soignantes corporelles" (body workers). Le militantisme pour la sexothérapie - et la masturbation - libératrice est fréquent.

Toutefois, passés les premiers enthousiasmes trop exubérants, les T.P.S. se stabilisent vers 1975 en des adaptations sages - à tous points de vue - des techniques MASTERS et JOHNSON. Les plus répandues de ces T.P.S. venues à maturité (dont celles d'Helen KAPLAN aux U.S.A. et de Willy PASINI en Europe peuvent être tenues pour représentatives), font appel à un seul thérapeute et non à un couple de thérapeutes, et à des séances espacées plutôt qu'à un bloc de traitement intensif de quinze jours. Elles associent des principes comportementaux très inspirés de Masters et Johnson, à un travail relationnel d'inspiration psychanalytique. D'autres thérapeutes toutefois utilisent des méthodes purement comportementalistes.

### **LES T.P.S. DES ANNEES 80**

Les T.P.S. ont toujours été des psychothérapies. Toutefois, Masters et Johnson et les sexologues californiens avaient fait naître - d'où l'enthousiasme à leur égard - un espoir de changement sans psychothérapie : quelques prescriptions comportementalistes, plus quelques exercices corporels, devaient entraîner la guérison symptomatique sans travail psychique. Ces espoirs se sont révélés fallacieux, avec la résistance que leur ont opposé les troubles du désir et les problèmes personnels ou relationnels complexes souvent liés aux troubles sexuels.

Les années 80 ont donc vu reposer fermement l'équivalence T.P.S. = psychothérapies, ce qui implique qu'elles doivent être exercées par des psychothérapeutes, qu'ils se veuillent tels ou non. Ceci pose le problème fondamental de l'aptitude et de la formation à la psychothérapie de ceux qui souhaitent pratiquer des T.P.S. Si l'on veut envisager ces changements dans le détail, on s'aperçoit que les T.P.S. s'intéressent bien sûr toujours au symptôme et au corps, mais de façon beaucoup plus discrète. L'accent est déplacé sur les problèmes relationnels que peuvent avoir le sujet

et le couple. On n'utilise pratiquement plus de body-workers.

Pour ce qui est des méthodes, rien de vraiment nouveau n'a été publié. On peut très probablement leur appliquer ce qui a été découvert à propos des psychothérapies en général et qui se formule de façon apparemment paradoxale : les diverses psychothérapies qui ont été étudiées ont toutes de bons résultats alors que leurs méthodes sont très différentes ; mais elles donneraient des résultats d'autant meilleurs que leur méthode est plus strictement appliquée. Le premier point suppose un mode d'action commun à toutes les psychothérapies, et tout le monde est d'accord là-dessus ; le second point, moins certainement établi, suscite des réflexions diverses.

Les T.P.S. 1980 sont adaptées aux troubles à traiter (dysfonction, plus ou moins trouble du désir plus ou moins trouble relationnel), et aussi à chaque individu et à chaque couple. Elles sont souvent associées, techniques comportementales plus psychanalyse, mais aussi techniques comportementales plus "dating skills training" (entraînement à la rencontre) qui prend en compte avec succès un dysfonctionnement relationnel plus général que le trouble sexuel proprement dit. Les techniques de couple peuvent être associées aux techniques individuelles, et vice-versa, mais pas de n'importe quelle façon (12).

Enfin, ces T.P.S. 1980 restent à évaluer, car on sait maintenant que l'estimation de leurs résultats est souvent biaisée par l'auto-sélection des patients et la tendance - compréhensible - à l'auto-satisfaction des thérapeutes. En fait la question de l'évaluation est au cœur de tout le traitement des troubles sexuels, et pas seulement des T.P.S., comme le montre le travail de Tiefer et Melman (11) découvrant que seuls 30 % des hommes qui les avaient consultés avaient, dix-huit mois après, suivi les recommandations qui leur avaient été faites, qu'il se soit agi de T.P.S. ou de techniques somatiques.

### **LES T.P.S. DES ANNEES 90**

Que peut-on avancer sur l'évolution probable des T.P.S. dans les années qui viennent ?

Peut-être faut-il partir de l'évolution de la sexologie. Les sexologues des années 90 sont médecins, généralistes, internistes ou spécialistes (neurologie, endocrinologie...), chirurgiens, en particulier urologues, ou spécialistes des explorations fonctionnelles et/ou de radiologie, ou enfin psychothérapeutes. On ne peut imaginer une seule de ces catégories de sexologues couvrant tout le champ des troubles sexuels. Il faut donc parler de sexologues spécialisés ou de spécialistes sexologues.

Partant de cette constatation, nous ne nous étendons pas sur les considérations psychologiques que doit prendre en compte, et le travail relationnel que doit faire, tout sexologue avec son patient, et ajouterai-je la partenaire de celui-ci, quelle que soit la spécialité du sexologue. Ce point, extrêmement important, a été parfaitement développé par Jacques Buvat dans son article. Nous mettrons donc l'accent, pour ce qui est des T.P.S. des années 90, sur le travail crucial qui est à faire en amont, et particulièrement dans le domaine des relations entre spécialistes sexologues, pour l'orientation du patient d'un spécialiste à l'autre, et pour les cas qui nécessitent une collaboration effective entre deux ou plusieurs spécialistes.

Il existe entre ces spécialistes une superposition partielle des domaines d'exercice, qui doit être travaillée par chacun pour ne pas donner lieu à concurrence, mais au contraire à une superposition partielle des domaines d'intérêt. Il est certain que l'on ne peut avoir un autre spécialiste comme correspondant et lui adresser correctement ses patients si l'on ne s'intéresse pas du tout à ce qu'il fait.

Pour ce qui concerne notre sujet d'aujourd'hui, un médecin non psychothérapeute doit pouvoir assumer la dimension psychologique de sa consultation et de son action ; en contre partie un psychothérapeute doit pouvoir intégrer la dimension somatique et spécialisée du problème ; le patient doit pouvoir passer d'un spécialiste à un autre dans un cheminement psychologique correctement accompagné.

Le passage d'un spécialiste à un autre peut être soit traumatique, soit constructif. Nous pouvons élaborer comme exemple la recommandation faite par Madame Buvat dans son article à propos des injections intra-caverneuses (I.I.C.). L'I.I.C. faite trop vite, qui est peut-être acceptée à contre cœur, ou "trop courageusement", a chez les patients qui en ont peur, un effet traumatique qui risque de compromettre toute consultation ultérieure,

de la même façon d'ailleurs qu'un abord trop rapide des problèmes psychologiques chez d'autres consultants. Par contre, l'I.I.C. qui a été discutée, que le patient accepte dans une procédure du type essai-erreur, ne compromet rien si son échec est suivi d'une réorientation correcte, ce que certains psychothérapeutes ont, à tort, du mal à admettre.

En conclusion, l'enjeu actuel des T.P.S. ne serait plus leur méthode, mais se placerait en amont d'elles, dans le travail psychologique des spécialistes sexologues avec le patient et avec leurs correspondants, psychothérapeutes et non psychothérapeutes étant invités à réorienter rapidement les patients qui sortent manifestement de leur champ, et à travailler les transitions avec les spécialistes et les champs voisins des leurs.

### REFERENCES

- 1 - Beck A.T., Rush A.J., Shaw B.F. Emery G. : Cognitive Therapy of Depression. 1979. 1 vol., Guilford Press, New-York.
- 2 - D.S.M.-III. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition, 1 vol., American Psychiatric Association, Washington, D.C. 1980.
- 3 - D.S.M.-III R : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition, Revised. 1 vol., American Psychiatric Association, Washington, D.C., 1987.
- 4 - Elkin I, Shea M. Watkins J.T. et al : National Institute of Mental Health Treatment of depression collaborative program : General effectiveness of treatments. Arch. Gen. Psychiatry, 1989, 6 : 971-982.
- 5 - Held R.R. : Les psychothérapies d'inspiration psychanalytique freudienne. Rapport présenté au XXIVe Congrès des Psychanalystes de Langues Romaines, PARIS, 1963. In Psychothérapie et Psychanalyse, 1968, 1 vol., Payot, Paris.
- 6 - Held R.R. : Psychothérapie de l'impuissance sexuelle. Conférence faite devant le Groupe de l'Evolution Psychiatrique, Paris le 23 Octobre 1956. In Psychothérapie et Psychanalyse, 1968, 1 vol., Payot, Paris.

- 7 - Klerman G.L., Weissman M.N., Rounsaville B.J., Chevron E.S. : Interpersonal Therapy of Depression., 1984, 1 vol., Basic Books, New-York.
- 8 - Leiblum S.R., Rosen R.C. : Principles and practice of Sexotherapy, 2e ed. Update for the 1990's, 1989, 1 vol. Guilford Press, New-Yorks.
- 9 - Luborsky L. : Principles of Psychoanalytic Psychotherapy. 1984, 1 vol., Basic Books, New-York.
- 10 - Masters W., Johnson V. : Human Sexual Inadequacy, 1970, 1 vol. Little Brown, Boston.
- 11 - Tiefer L., Melman A. : Adherence to recommendations and improvement over time in men with erectile dysfunction. Arch. Sex. Behav., 1987, 16 : 301-309.
- 12 - Tignol J. : Les troubles sexuels masculins en consultation de psychologie médicale. 1991, 1 vol., Masson, Paris.

**RESUME.** Les thérapies psychosexuelles ont vu le jour en 1970 avec le livre de Masters et Johnson : "Human Sexual Inadequacy". Depuis elles ont évolué sous l'influence des changements sociaux, des progrès des techniques médicales, de ceux des psychothérapies et d'une modification de l'expression même des troubles sexuels.

Il y a eu toutefois peu de changements fondamentaux dans la technique même des thérapies psychosexuelles depuis dix ans. Par contre, et comme les psychothérapies, elles se sont diversifiées, mieux adaptées aux pathologies et aux individus, et l'on comprend mieux leur mode d'action. Dans les années à venir, on devrait plutôt travailler pour permettre à un plus grand nombre de patients d'y accéder, en améliorant la collaboration entre sexothérapeutes de différentes spécialités. Mots clés : Thérapies psychosexuelles, Sexothérapies, Psychothérapies, Troubles sexuels masculins. **Andrologie, 1991, 1 : 117-119.**