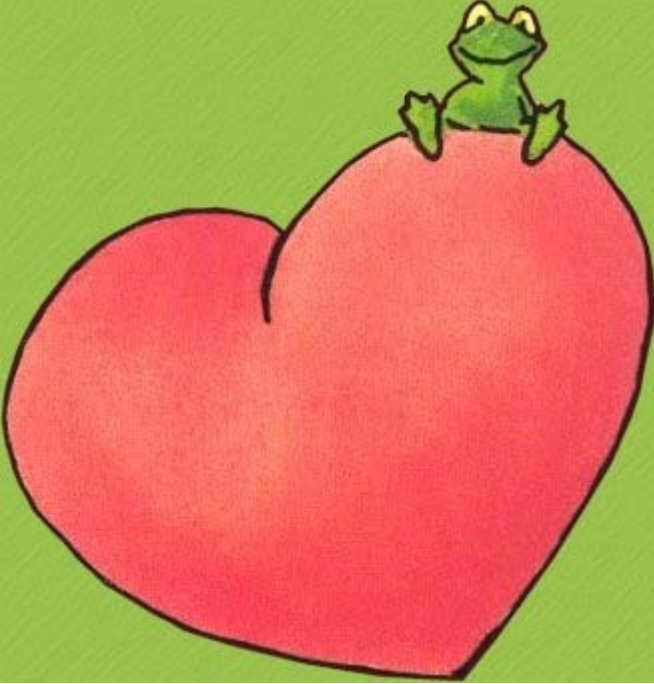
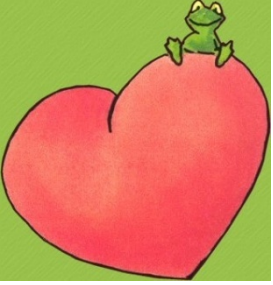


Prise en charge par les Thérapies cognitives et comportementales en sexologie

Dr Marie H el ene Colson
*Directeur d'Enseignement
DIU Sexologie
Marseille et Montpellier*



Quelques repères historiques



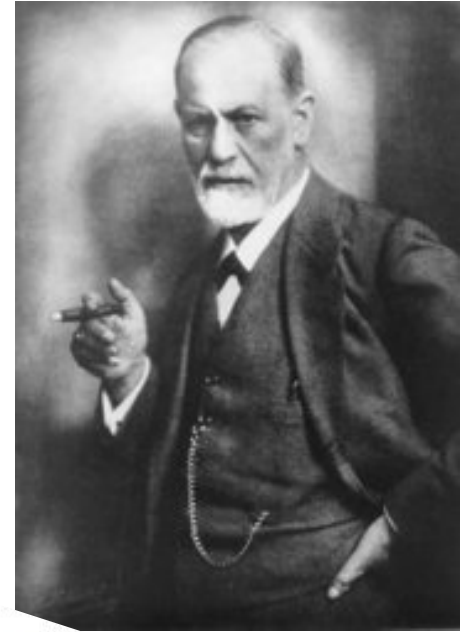
La 1^o révolution sexuelle

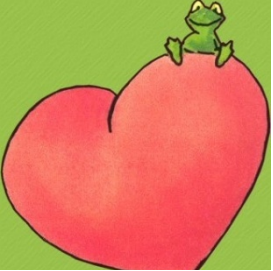
✓ 1905

- Freud, le sexe et la psychanalyse : la sexualité est au cœur de la vie psychique
- 1909 : voyage de Freud aux USA

✓ la psychanalyse

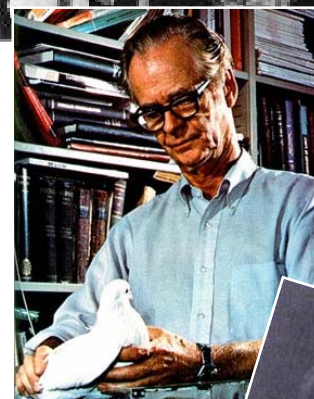
- théorie scientifique et
- cure psychanalytique

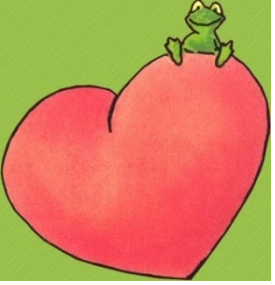




D'un continent à l'autre, naissance des thérapies brèves

- ✓ La guerre, l'urgence,
 - ❑ 930.000 blessés de guerre en psychiatrie
 - ❑ Besoins de thérapies brèves
- ✓ Les lois du conditionnement, le Behaviorisme
 - ❑ type I (conditionnement d'une réponse végétative, Pavlov 1905, Watson 1913)
 - ❑ Type II (effet en retour du conditionnement pour le renforcer ou le diminuer, Skinner 1938)
- ✓ l'inhibition réciproque
 - ❑ Nathan 1946 : en associant une satisfaction à un stimulus anxiogène, le plaisir tend à inhiber l'angoisse.
 - ❑ La désensibilisation systématique
- ✓ Joseph Wolpe, 1950, 1975
 - ❑ hiérarchie des situations angoissantes et résolution progressive,





thérapies comportementales : des méthodes de résolution des problèmes

- ✓ Thérapies brèves
- ✓ Hiérarchie de situations problèmes
- ✓ Les méthodes d'exposition

- L'exposition graduelle
- L'immersion (in vivo)
- Implosion (immersion en imagination, Marks 1970)



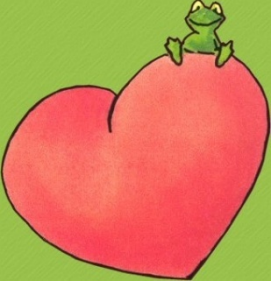
Une progressivité
par étapes
successives

- ✓ Le reconditionnement

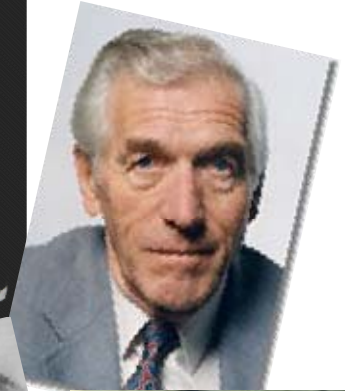
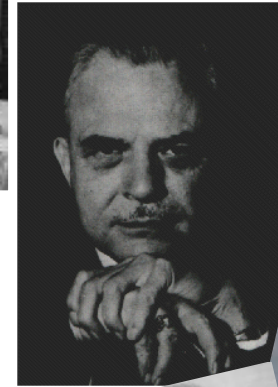
- Modeling
- Entraînement à l'assertivité
 - (Lazarus, Wolpe, 1970)
- biofeedback



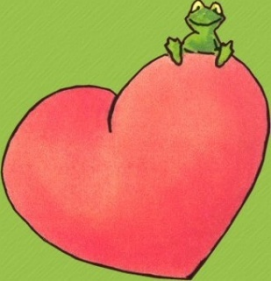
Plasticité du
comportement



Les thérapies cognitives

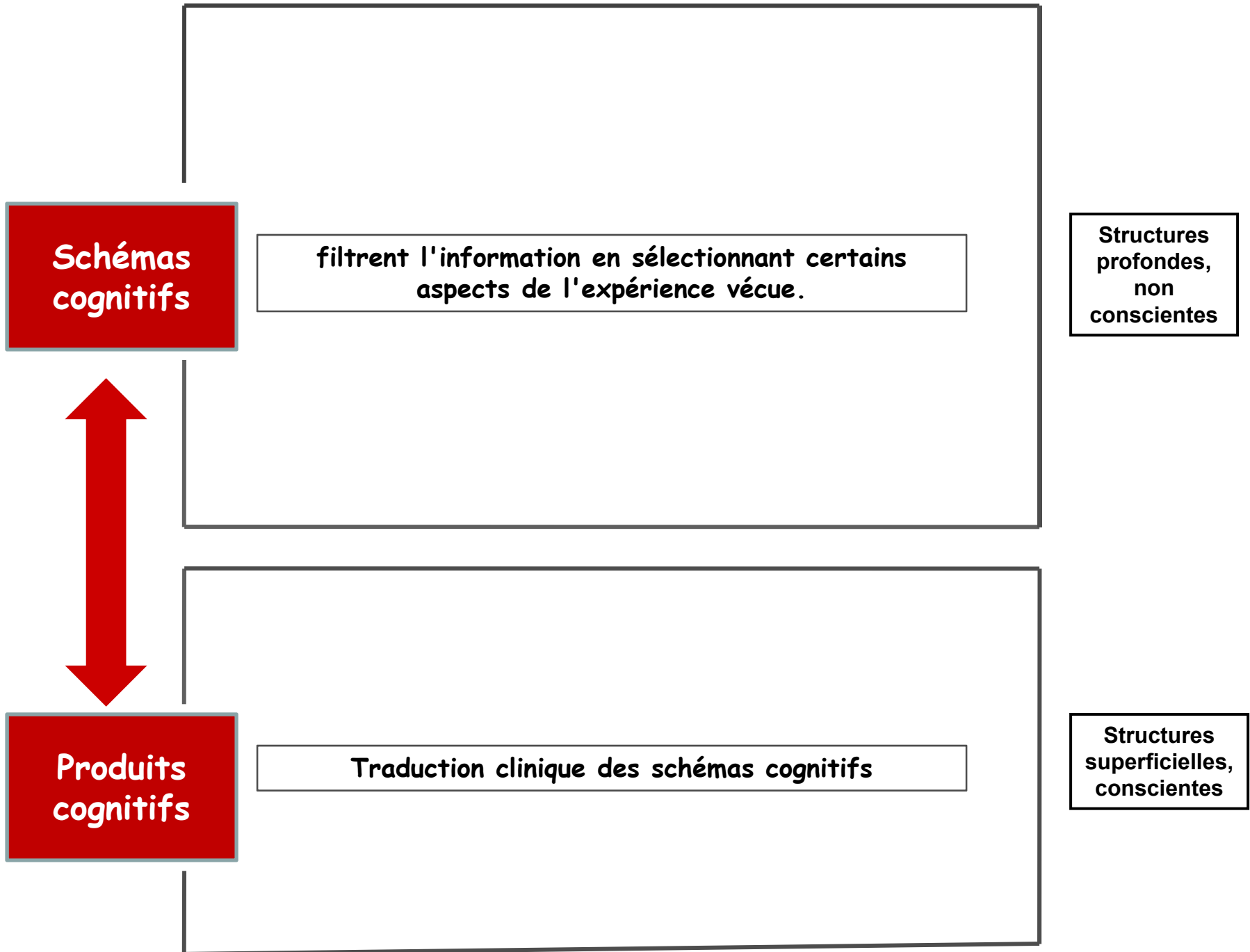


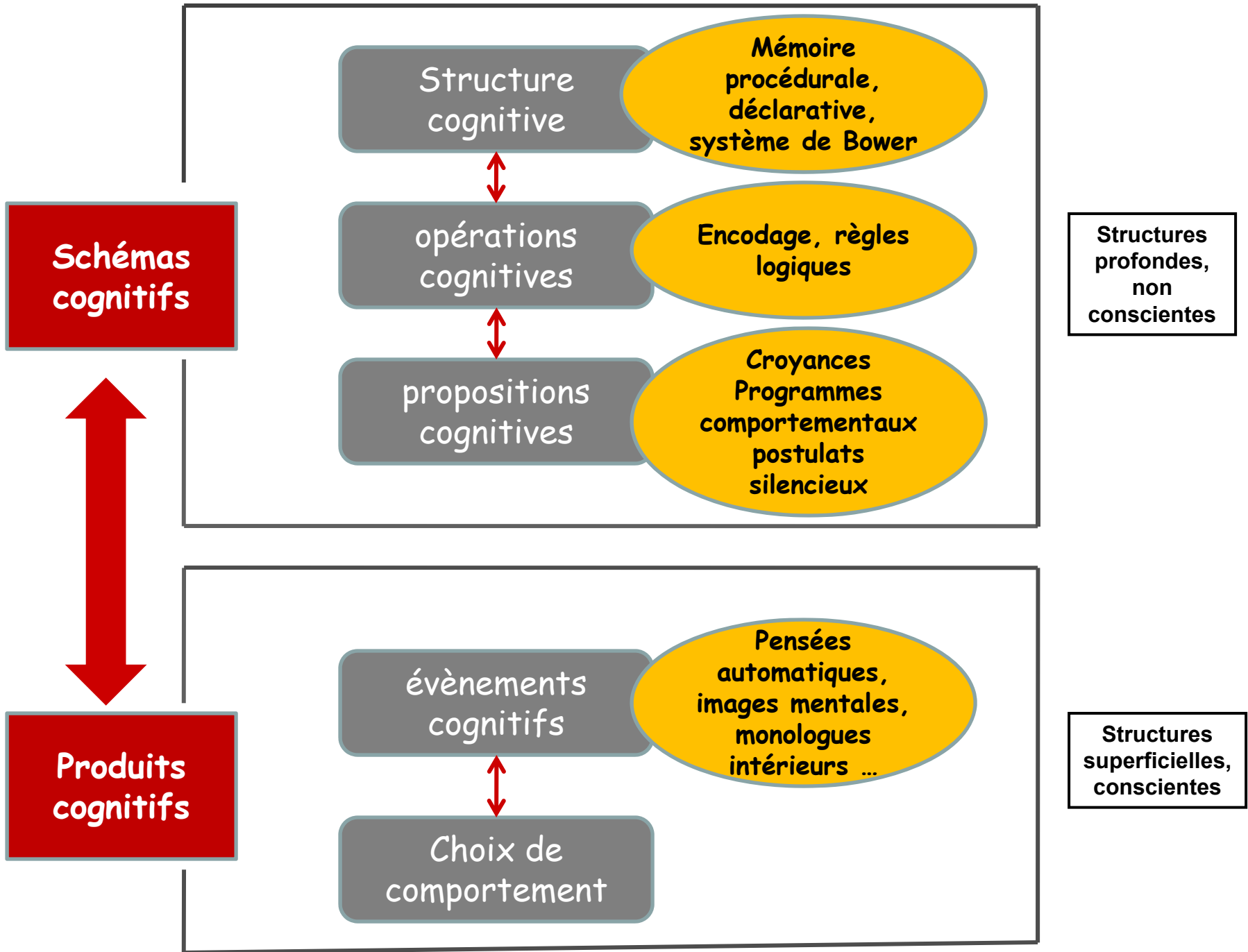
- ✓ 1952 : la bombe d'Eysinck
- ✓ Alexander, 1941
 - ❑ l'expérience émotionnelle
- ✓ Milton Erickson (1901 -1981)
 - ❑ Les suggestions hypnotiques
- ✓ la Californie des années 60
 - ❑ Silicon Valley
 - ❑ 1952, Palo Alto (Watzlawick, V. Satir, G. Bateson, Th. Systémiques et communication)
 - ❑ Esalen, 1962
 - ❑ Psychologie humaniste
 - ❑ Perls (gestalt therapy),
- ✓ Albert Ellis 1963 et Aaron Beck 1962
 - ❑ Behaviourisme et cognitivisme

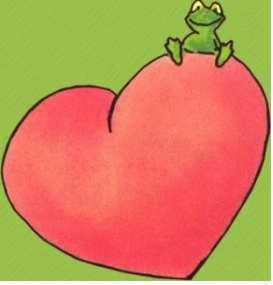


Principes des thérapies cognitives

- ✓ Les modèles cognitifs en psychopathologie :
 - ❑ une perturbation du traitement de l'information (Beck, 1979; Beck & Emery, 1985).
- ✓ Postulat des TCC
 - ❑ on peut inférer des représentations, des structures et des processus mentaux à partir de l'étude du comportement
 - ❑ Le changement des croyances et des pensées peut modifier les émotions et les comportements inadaptés dont souffrait le sujet.
- ✓ Principe des TCC :
 - ❑ Apprendre à identifier, discuter, assouplir et modifier les pensées automatiques, les processus cognitifs et les postulats silencieux.

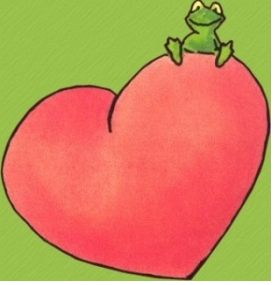






Principes des TCC

- ✓ Les schémas cognitifs ou postulats silencieux (*mémoire à long terme*)
 - ❑ filtrent l'information en sélectionnant certains aspects de l'expérience vécue.
 - ❑ règles inflexibles, «postulats silencieux». Ces postulats sont souvent des contrats personnels qui se présentent en termes absolus, inflexibles, obligatoires, tyranniques, presque persécutifs.
- ✓ Ex. de processus cognitifs (*Ellis 1961, Beck 1963, Lazarus 1971*)
 - ❑ l'inférence arbitraire : tirer des conclusions sans preuve, sans tenir compte des faits;
 - ❑ l'abstraction sélective : se centrer sur un détail et perdre de vue l'ensemble;
 - ❑ la surgénéralisation : extraction d'une règle à partir d'un événement puis son application à des événements qui ne sont pas semblables;
 - ❑ l'amplification : exagérer les implications d'une situation ou d'un comportement.
 - ❑ la maximalisation et la minimalisation : attribuer une plus grande valeur aux échecs ou aux événements négatifs et à dévaloriser les réussites et les situations heureuses;
 - ❑ la personnalisation : surestimer les relations entre les événements défavorables et l'individu.
 - ❑ les raisonnements dichotomiques : bon-mauvais, vrai-faux;
 - ❑ les raisonnements par sursocialisation qui rendent le sujet incapable de réaliser l'arbitraire de certaines règles culturelles.
- ✓ Les événements cognitifs
 - ❑ Traduction clinique des schémas cognitifs, de pensées automatiques, de monologues intérieurs, d'autoverbalisations ou d'images mentales.



Sexologie, thérapies brèves, et thérapies cognitives et comportementales

✓ les précurseurs

- ❑ W. Reich (1897-1957)
- ❑ 1949 et 1953 : A. Kinsey
- ❑ Gestalt therapy (Perls)
- ❑ Thérapies humanistes (Esalen)



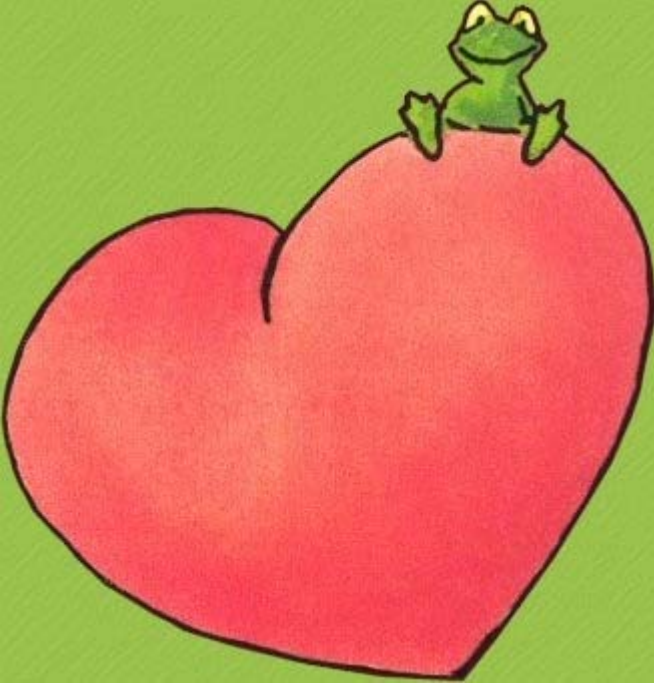
✓ Master et Johnson

- ❑ 10.000 orgasmes chez 694 sujets ado-70 ans chez la femme, 80 ans chez l'homme
- ❑ Un défi thérapeutique

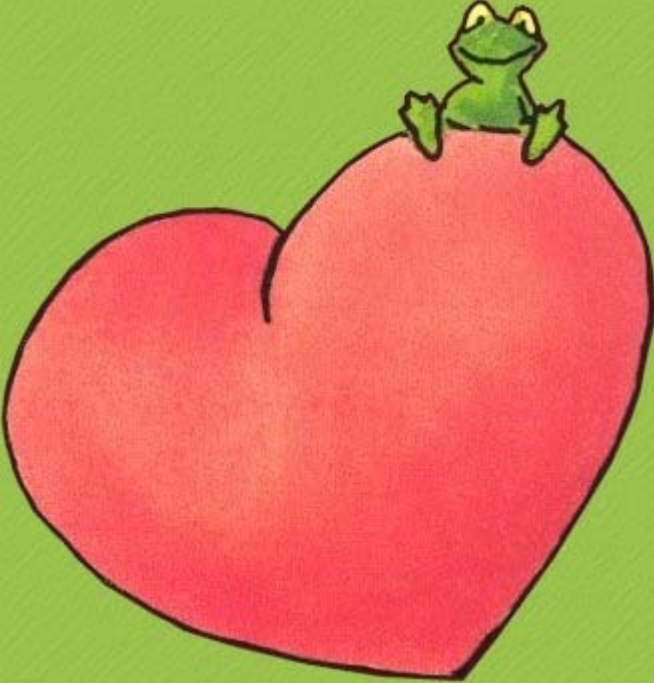
✓ l'étape de la conceptualisation

- ❑ Hélène Kaplan, 1974
- ❑ Serber, 1974
- ❑ Lo Piccolo, 1978





TCC et Sexothérapies aujourd'hui



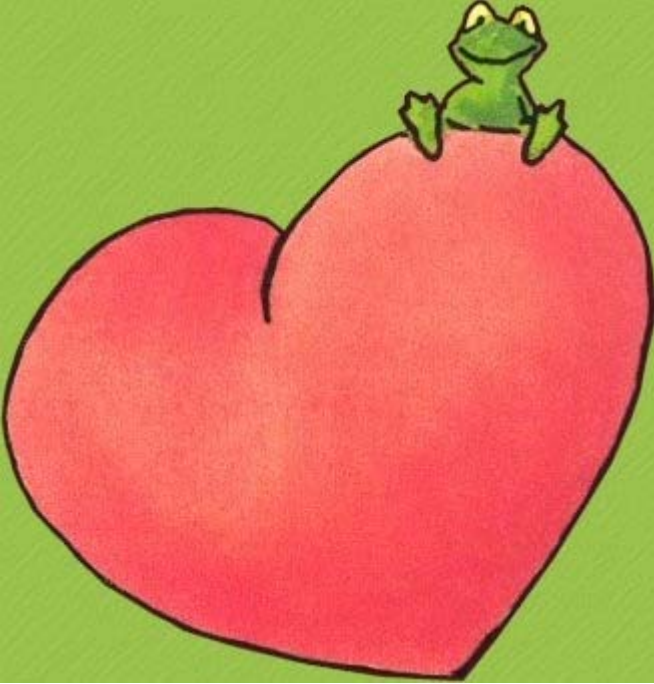
La boîte à outils des sexothérapies cognitives et comportementales

1- Tests et questionnaires

Disease	Instruments (Abbrev.)	Instruments (Full name)
Generic sexuality instrument	<u>BISF-W</u>	Brief Index of Sexual Functioning for Women
	<u>CSFQ</u>	Changes in Sexual Functioning Questionnaire
	<u>DISF</u>	Derogatis' Interview for Sexual Functioning
	<u>DSFI</u>	Derogatis Sexual Functioning Inventory
	<u>FSAQ</u>	Fallowfield's Sexual Activity Questionnaire
	<u>FSFI</u>	Female Sexual Function Index
	<u>FSHQ</u>	Florida Sexual History Questionnaire
	<u>MFSQ</u>	McCoy Female Sexuality Questionnaire
	<u>SPFS</u>	Self-Perception of Female Sexuality survey instrument
	Erectile dysfunction	<u>CMSH-SFQ</u>
<u>EDITS</u>		Erectile Dysfunction Inventory of Treatment Satisfaction
<u>IIEF</u>		International Index of Erectile Function
<u>MSHQ</u>		Male Sexual Health Questionnaire
<u>SFI</u>		Sexual Function Index
	<u>SLQQ</u>	Sexual Life Quality Questionnaire
Premature ejaculation	IELT	intravaginal ejaculation latency time

Brief Index of Sexual Functioning for Women (BISF-W)	Dr Ray Rosen	English (USA)	France
Changes in Sexual Functioning Questionnaire (CSFQ-F-C)	Dr Anita H. Clayton	English (USA)	France,
Changes in Sexual Functioning Questionnaire (CSFQ-M-C)			France
DISF-SR (Male) (DISFSR)	Leonardo R Derogatis	English (USA)	France
DISF-SR (Female) (DISFSR)			France,
Erectile Dysfunction Quality of Life Questionnaire (ED) (includes the IIEF Questionnaire)	Dr Ray Rosen, Mapi Values, P.C	English (UK)	France,
<u>Erectile Dysfunction Inventory of Treatment Satisfaction (EDITS®)</u>	Stanley E. Altof et al. for Pfizer Inc.	English (USA)	Belgium (Dutch, French), Switzerland (French, German)
Erectile Dysfunction Quality of Life Questionnaire (ED-EQOL)	Dr MacDonagh	English (UK)	
Female Sexual Desire Profile (FSDP)	Dr Anders Nillson P.C.	English (USA)	Canada (French, English),
Female Sexual Distress Scale (FSDS)	Dr L.R. Derogatis	English (USA)	Switzerland (French, German), USA (Spanish)
Female Sexual Encounter Profile--adapted (FSEPa)	Dr D. Ferguson	English (USA)	Canada (English, French),
Female Sexual Function Index (FSFI)	Dr Ray Rosen Dr D. Ferguson	English (USA)	France,
<u>International Index of Erectile Function (IIEF®)</u>	Dr Ray Rosen et al. for Pfizer Inc.	English (USA)	France
International Index of Erectile Function-Partner Diary (IIEF-Partner)	Dr Ray Rosen for Pfizer	English (USA)	France

Inventory of Treatment Satisfaction (ITS)	Dr Althof et al.	English (USA)	France
McCoy Sexuality Questionnaire (Female) (MFSQ)	Dr Norma McCoy	English (USA)	France
MOS Sexual Function Module (MOS-SEXUAL)	Dr Ware	English (USA)	France,
Profile of Female Sexual Function (PFSF)	-	-	Canadian French,
Psychological And Interpersonal Relationship Scales (PAIRS)	Dr Swindle et al.	English (USA)	
Psychological And Interpersonal Relationship Scales Short Form (PAIRS-SF)			
Psychosexual Daily Questionnaire (PDQ)	Dr C. Wang	English (USA)	France,
QOLQED	Dr MacDonagh	English (UK)	
<u>Self-Esteem and Relationship (SEAR®) Questionnaire</u>	Dr Althof et al. for Pfizer Inc.	English (USA)	France
Sex Drive Construct (SDC)	P.C	English (USA)	France,
Sex Life Questionnaire (SLQ)	P.C	English (UK)	Belgium (French), Canada (French),
Sexual Activity Log (SAL)	P.C	English (USA)	France,
Sexual Activity Questionnaire (SEXACQ)	Lesley Fallowfield	English (UK)	Canada (French),
Sexual Function Index (SFI)	M. O'Leary, P.C	English (USA)	France
Sexual Life Quality Questionnaire (SLQQ)	Steven H. Lass	English (UK)	
Sexual Satisfaction Module (SEXTES)	M. Testa	English (USA)	France,

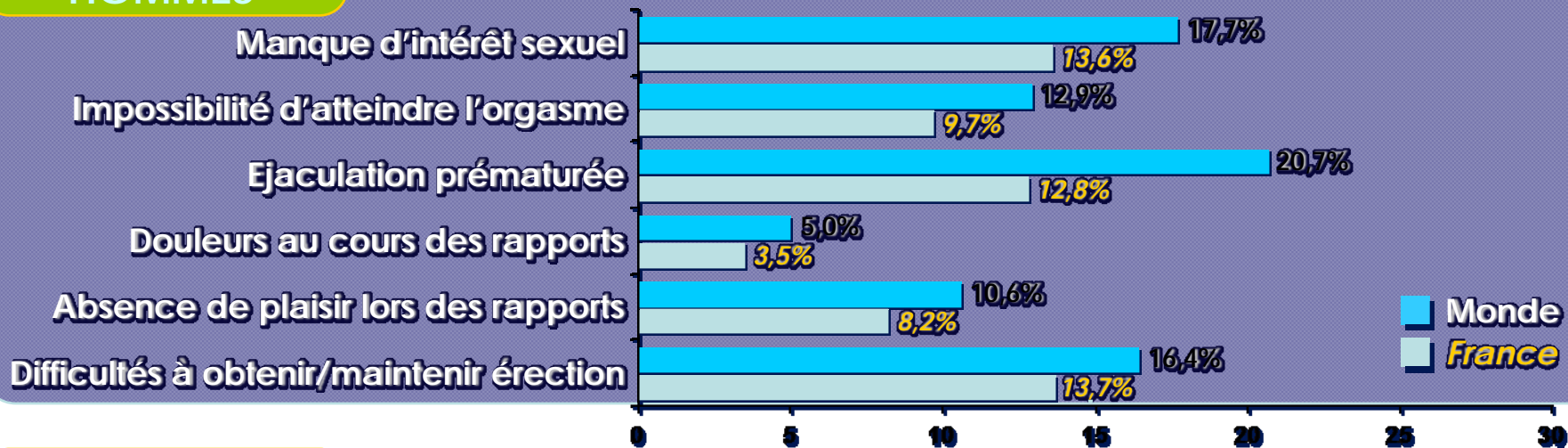


**La boîte à outils
des sexothérapies
cognitives et
comportementales**
2- les études
épidémiologiques

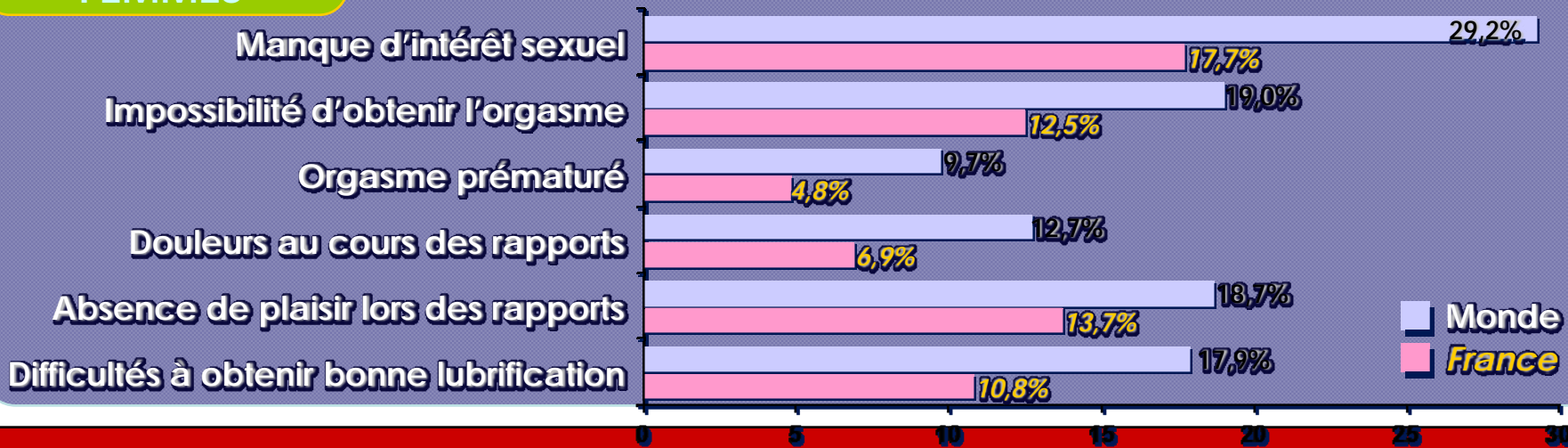


Au cours des douze derniers mois, avez-vous rencontré l'un des problèmes suivants pendant deux mois ou plus ?
(Laumann, 2003, n=26.000, 29 pays)

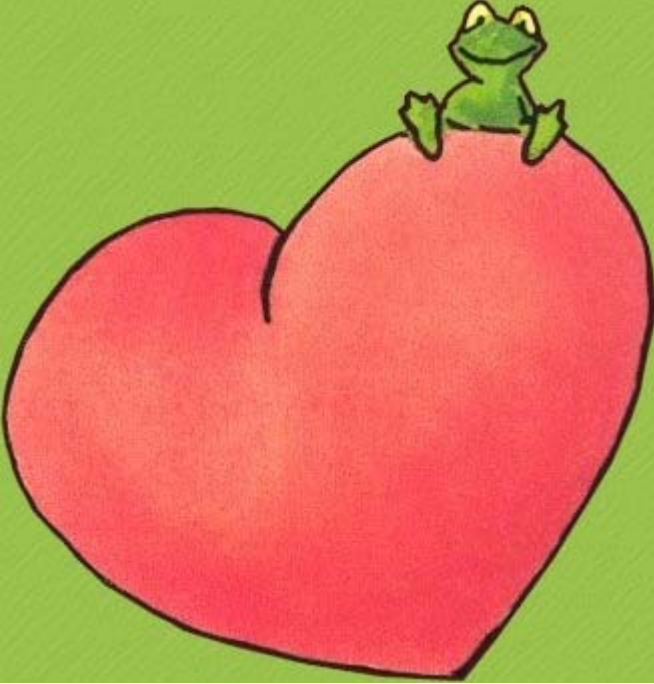
HOMMES



FEMMES



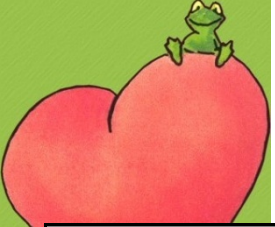
% des personnes interrogées



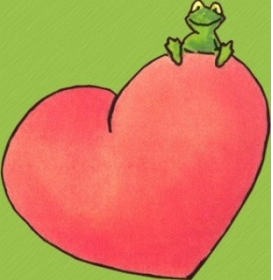
La boîte à outils des sexothérapies cognitives et comportementales

3- la nomenclature
des DS et la
médecine basée sur
les preuves

Nomenclature des symptômes les plus courants en pathologie sexuelle

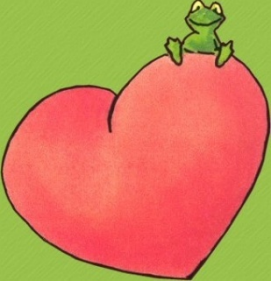


CIM - 10	Réf.	DSM IV	En pratique
Absence ou perte de désir sexuel	F52.0	Baisse de désir sexuel	- Désir sexuel hypoactif - anaphrodisies
Aversion sexuelle et absence de plaisir sexuel	F52.1	Aversion sexuelle	- Aversions sexuelles - anhédonies
Echec de la réponse génitale	F52.2	- Trouble de l'excitation chez l'homme - Troubles de l'excitation chez la femme	- Dysfonctions érectiles - Troubles de l'excitation féminine (lubrification...)
Dysfonctions orgasmiques	F52.3	- troubles de l'orgasme chez l'homme - troubles de l'orgasme chez la femme	Anorgasmies et dysorgasmies masculines et féminines et leurs différentes formes cliniques
Ejaculation précoce	F52.4	Ejaculation précoce	Ejaculation précoce
Vaginisme	F52.5	Troubles sexuels avec douleur - Vaginisme - Dyspareunies	vaginisme
Dyspareunies	F52.6		Dyspareunies masculines et féminines et leurs différentes formes cliniques
Activité sexuelle excessive	F52.7		Activité sexuelle excessive, addictions sexuelles
Troubles de l'identité sexuelle - transsexualisme (F64.0)	F64.x	Troubles de l'identité sexuelle	Dysphories de genre, troubles de l'identité



Nouvelles définitions des dysfonctions sexuelles féminines issues de la médecine basée sur les preuves

- ✓ Une nouvelle classification des DSF, basée sur le déroulement de l'action sexuelle
 - ❑ **désir sexuel hypo - actif (DSH):** composante fantasmatique (SFQ)
 - ❑ **troubles de l'excitation sexuelle:** lubrification, pénétration. (SFQ)
 - ❑ **troubles de l'orgasme** (qui constitue le stade final de l'excitation).(SFQ)
 - ❑ **troubles avec composante douloureuse**
 - ❑ **Vulvodynies et VVS.**
 - ❑ **Douleurs pelviennes**
- ✓ vaginisme
- ✓ Une place pour les différents paramètres de la DS
 - ❑ **Organique**
 - ❑ **Psychologique et relationnel**
 - ❑ **Âge**
- ✓ une classification permettant le développement d'une « Evidence Based Medicine » en matière de sexualité féminine
- ✓ Une médicalisation accrue



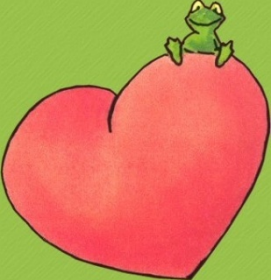
Éjaculation prématurée

✓ DSM IV

- Une éjaculation qui survient lors de la majorité des rapports
 - après une stimulation sexuelle minimale
 - avant ou peu après la pénétration
 - avant que la personne ne le souhaite
- A l'origine d'une souffrance psychologique (distress) ou de difficultés interpersonnelles marquées
- Ne résultant exclusivement des effets d'une substance, (par exemple arrêt des opiacés)

✓ Définition

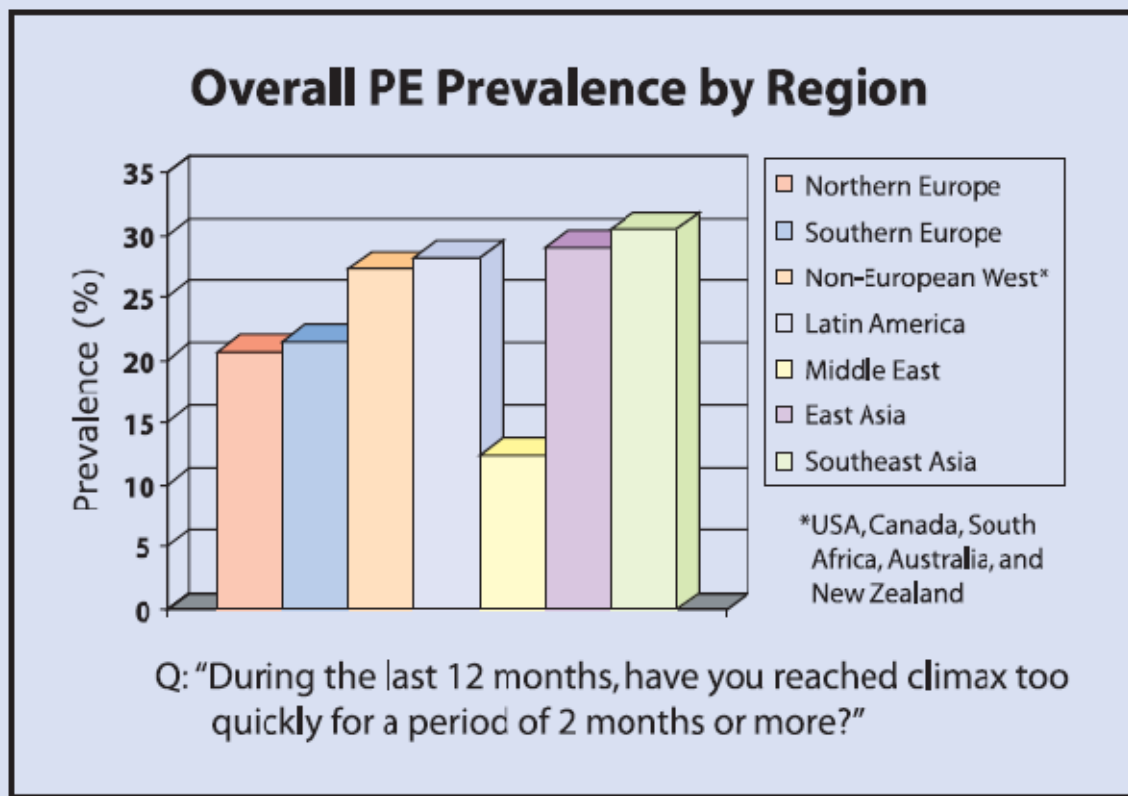
- Antérieures aux grandes enquêtes épidémiologiques
- Antérieure à l'IIELT



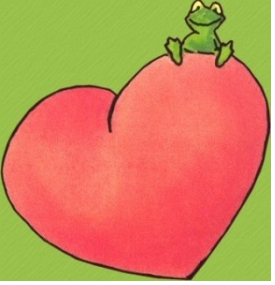
IIELT (temps moyen de durée de la pénétration, hommes > 18 ans, relation hétérosexuelle stable, n= 500 couples, 5 pays ⁽¹⁾)



Turkey	3,7
Nederland	5,1
Spain	5,8
USA	7
UK	7,6
circumcision	6,7
No circumcision	6



Adapted with permission from Laumann EO, Nicolosi A, Glasser DB, et al. Sexual problems among women and men aged 40-80 y: prevalence and correlates identified in the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors. *Int J Impot Res.* 2005;17:39-57.



Définition ISSM de l'éjaculation prématurée

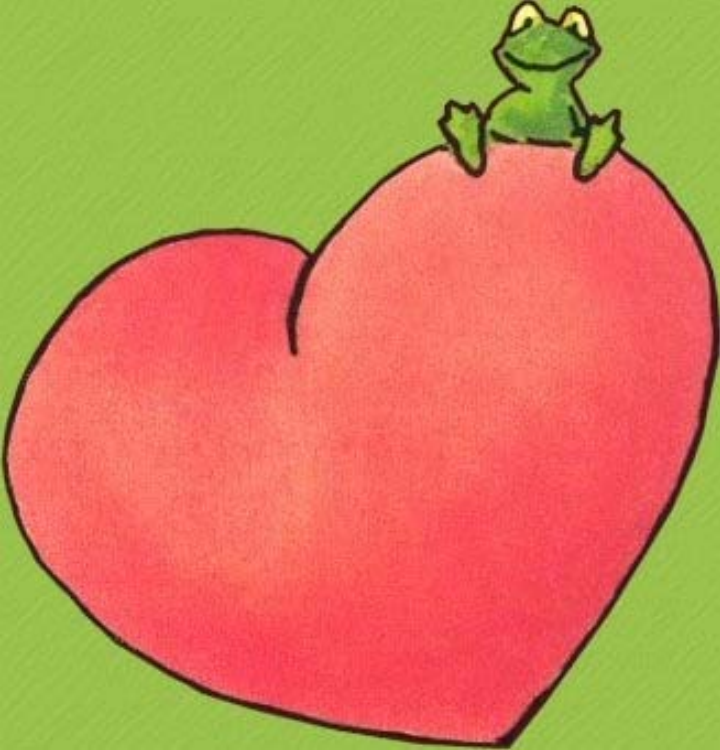
✓ L'éjaculation prématurée est une dysfonction sexuelle caractérisée par:

- ❑ Une éjaculation qui survient toujours ou presque toujours avant ou au plus une minute après la pénétration vaginale, et
- ❑ Une incapacité à retarder l'éjaculation lors de toutes presque toutes les pénétrations, et
- ❑ Des conséquences personnelles négatives telles que souffrance psychologique (distress), tracasserie (bother), frustration, et/ou évitement de l'intimité sexuelle

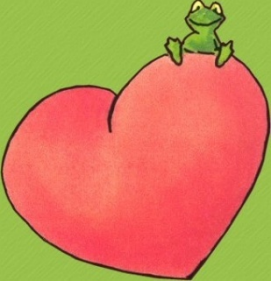
✓ définition

- ❑ Basée sur les preuves
- ❑ Développée par un consensus d'experts unanimement reconnus comme des leaders d'opinion en matière d'EP



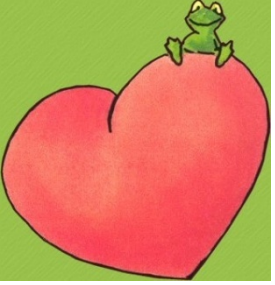


**Construire une prise
en charge
Cognitivo-
comportementale
en consultation de
sexologie**



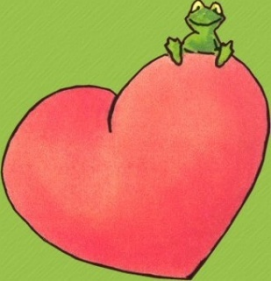
Sexothérapies cognitivo comportementales : les bases théoriques

- ✓ Bâtir une relation thérapeutique (Horvath et Symonds, 1991)
 - ❑ Importance du projet thérapeutique / contrat thérapeutique (Cottraux, 1979)
 - ❑ Importance d'une vision d'ensemble (Luthans & Kreitner, 1975)
- ✓ Identifier l'objectif thérapeutique
 - ❑ à partir des conséquences cliniques (Chadwick, 1996)
 - ❑ Faisabilité organique
 - ❑ Adhésion de la partenaire
 - ❑ Profil réactionnel
- ✓ Gestion par objectifs successifs (Drucker, 1954 / Théorie des objectifs, Locke, 1990/ Latham 1990)
- ✓ Base neurophysiologiques des émotions (voies hypothalamo-hypophysaire courte/ préfrontale longue, Le Doux, 1988) : remplacer la voie courte par la voie longue
 - ❑ Apprentissage de conséquence et renforcement positif (Skinner 1971)
 - ❑ Entraînement à la modification du comportement et déconditionnement (Wolpe 1975, Marks, 1987)
 - ❑ Processus de changement et efficacité personnelle perçue (Bandura, 1977)
- ✓ Accompagner le patient jusqu'à l'objectif thérapeutique et gérer les rechutes



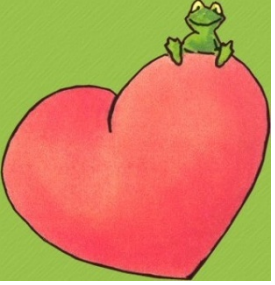
Sexothérapies cognitivo comportementales les principes

- ✓ thérapies brèves
- ✓ centrées sur le symptôme sexuel et sa dynamique
- ✓ structurées autour d'un projet thérapeutique de résolution des problèmes
- ✓ Évaluant par objectifs successifs et progressivité des étapes
- ✓ interactives



Les caractéristiques de l'interrogatoire

- ✓ Essentiel
- ✓ Face à face
- ✓ Interactif
- ✓ Ici et maintenant
- ✓ Les faits et les attitudes face au symptôme (comment ≠ pourquoi)
- ✓ Acte diagnostique mais aussi déjà thérapeutique
 - ❑ explications
 - ❑ informations
- ✓ implication du thérapeute
 - ❑ modélisations



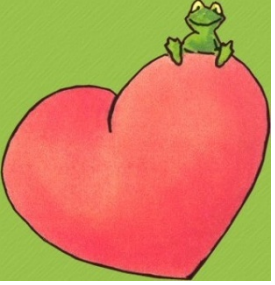
L'analyse comportementale

(BASIC IDEA, Ladouceur, Fontaine, Cottraux)

✓ Évaluer les modifications entraînées par l'installation du symptôme

- Behavior (modifications du comportement)
- Affect (charge affective négative)
- Sensations (tension musculaire et manifestations somatiques)
- Imagery (images mentales associées)
- Cognitions (croyances, idées qu'il se fait de sa difficulté)

- Interpersonal (conséquences sur sa vie conjugale et sociale)
- Drugs
- Expectation (motivation au changement)
- Attitude (positive ou négative du thérapeute face au patient)

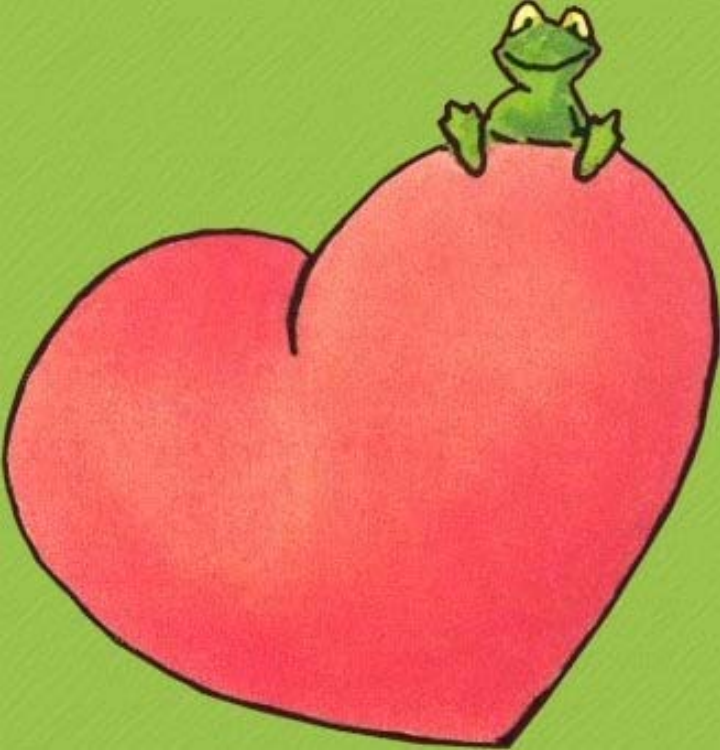


Évaluation

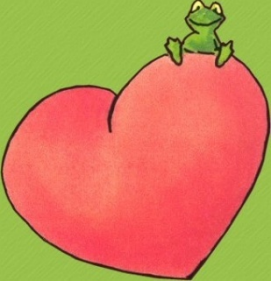
- ✓ Le symptôme
- ✓ L'individu
- ✓ Le contexte
- ✓ Le (la) partenaire
- ✓ La dynamique de couple
- ✓ La motivation au changement

**Une anamnèse sous tendue par
la stratégie thérapeutique**

**Évaluer
Pour
traiter**



Le symptôme



Le symptôme

✓ Le symptôme

Identification

diagnostic positif

Diagnostic différentiel

Permanent ou circonstanciel

Depuis quand ?

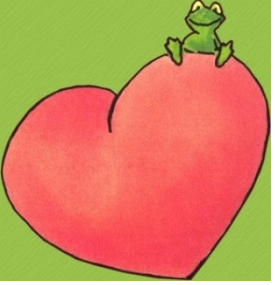
facteurs déclenchants et circonstances

Poids d'organicité

intensité

Toujours faire décrire l'état sexuel antérieur

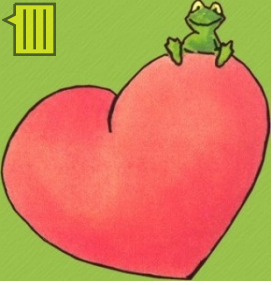
Toujours faire décrire l'état sexuel actuel



Poids d'organicité du symptôme

- ✓ Troubles de l'érection et maladie vasculaire
- ✓ Dyspareunies masculines et féminines
- ✓ Vulvodynies et VVS
- ✓ Symptômes primaires et secondaires
- ✓ ancienneté des troubles
- ✓ contexte organique global
- ✓ Éléments iatrogènes

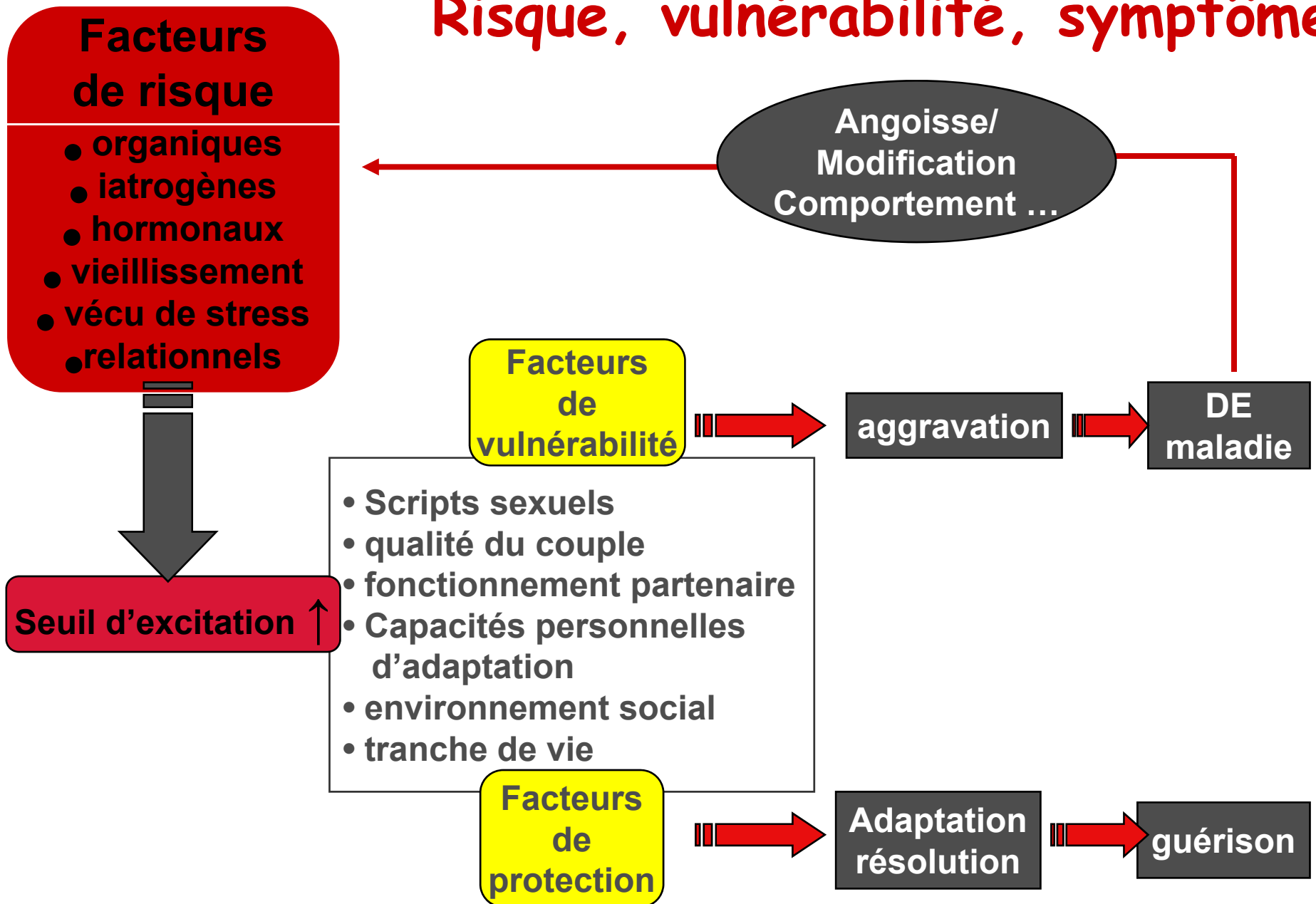
Organicité et réversibilité

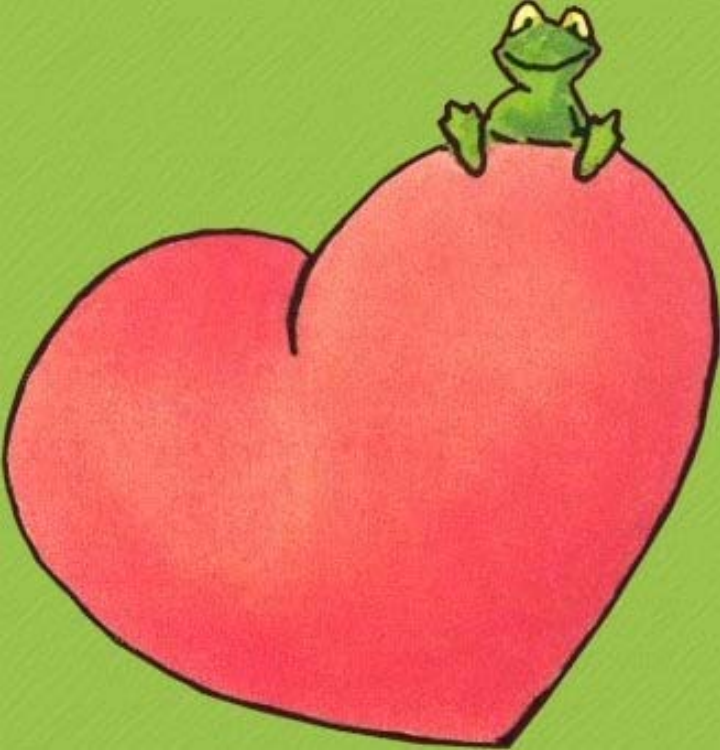


facteurs de risques, vulnérabilité, maladie

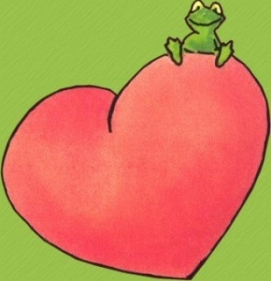
- ✓ Le risque est un concept relatif
 - Un risque n'est jamais une certitude
- ✓ Un facteur de risque n'est pas obligatoirement une vulnérabilité
 - La relation entre facteur de risque et maladie n'est pas toujours directe
- ✓ Les facteurs de risque
 - interagissent et se multiplient souvent dans leurs effets
 - sont des prédictifs importants de l'évolution de la maladie
- ✓ Individuels
 - Risque organique
 - vulnérabilité psychologique (carences adaptatives)
- ✓ de couple

Risque, vulnérabilité, symptôme





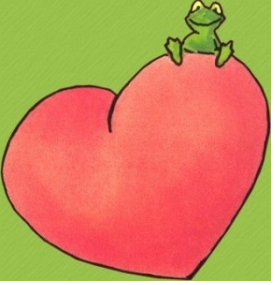
L'individu



L'individu

- ✓ contexte organique global et gène pour la sexualité
- ✓ ATCD
 - ❑ organiques, affectifs, psychologiques, sexuels ...
- ✓ modalités de fonctionnement
 - ❑ Psychologique / gds traits de fonctionnement /anxiété / ADS / image du corps ...
 - ❑ Affectif
 - ❑ relationnel
- ✓ comportement face au problème
 - ❑ retrait / évitement
 - ❑ acharnement
 - ❑ soutien social
- ✓ expérience et capacité sexuelle
- ✓ imaginaire érotique et fantasmes

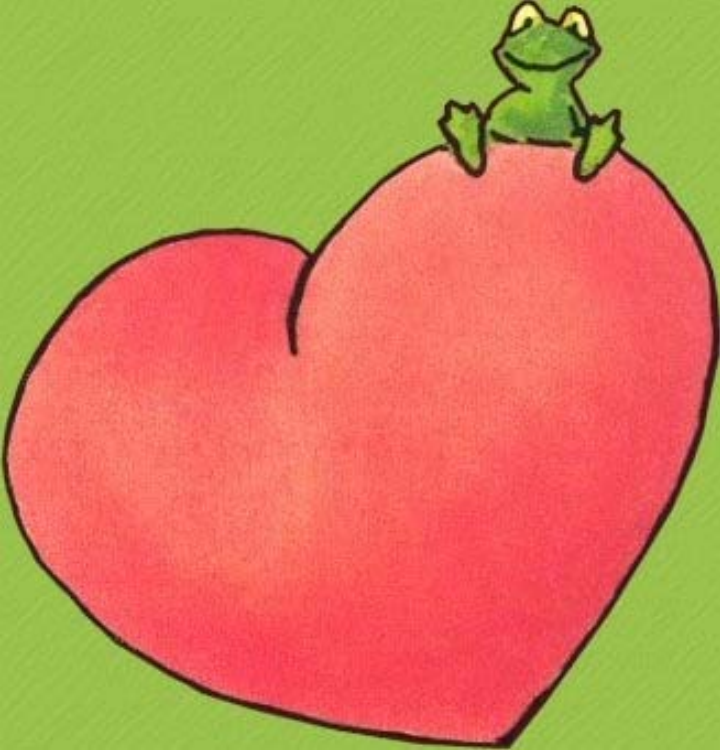
Individu et capacité adaptative



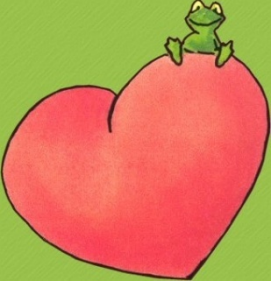
Attentes et motivation au changement

- ✓ Simple demande informative
- ✓ Besoin de réparation
- ✓ Désir de normalité
- ✓ Désir de fonctionner
- ✓ Désir de vie
- ✓ Pour retenir l'autre
- ✓ Désir d'acceptation

Possibilités de réversibilité



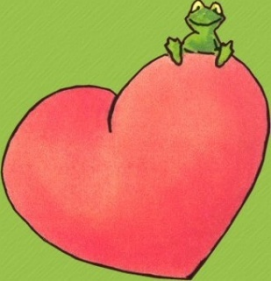
Le contexte



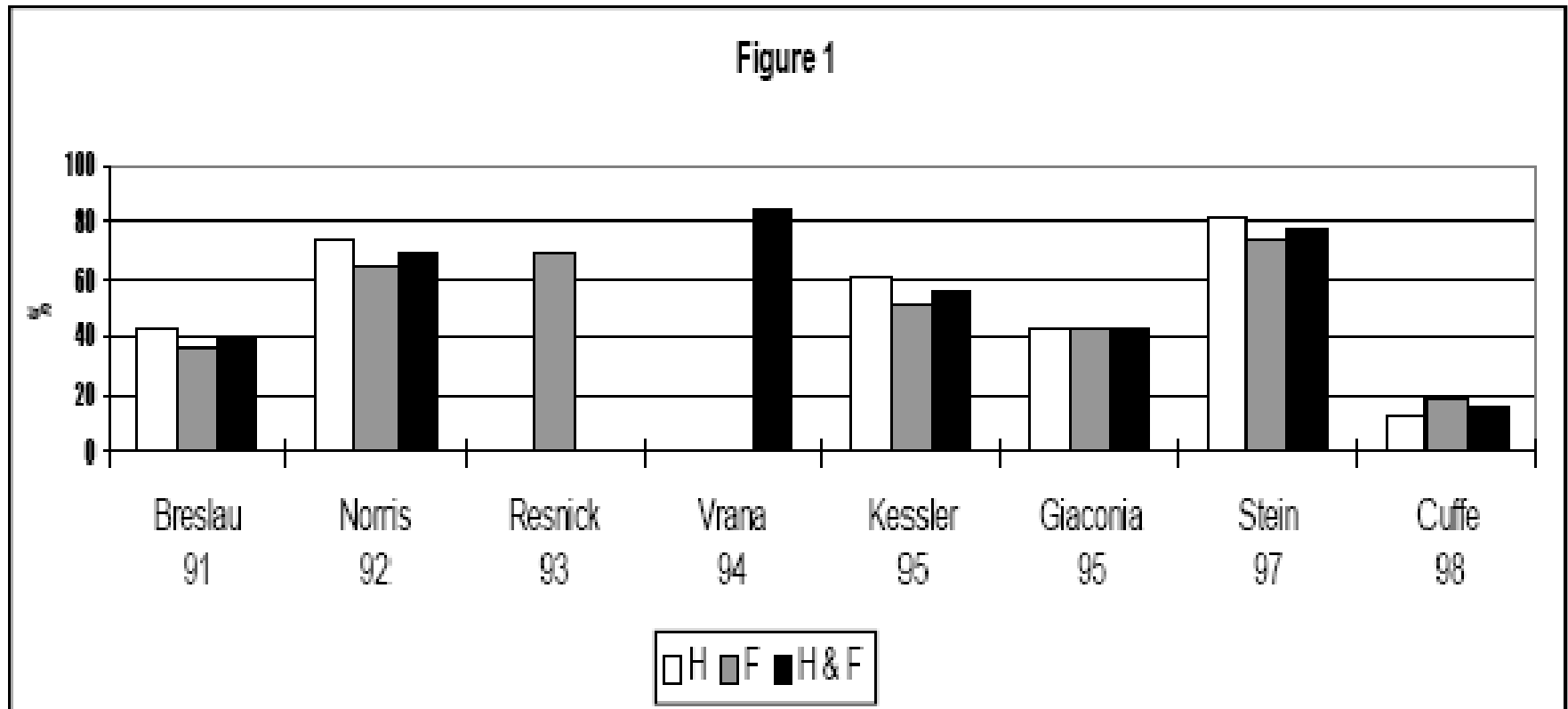
Le contexte évènementiel

- ✓ Cadre social et professionnel
- ✓ Famille, parents, enfants
- ✓ Cadre conjugal
- ✓ Maison et voisinage
- ✓ évènements de vie

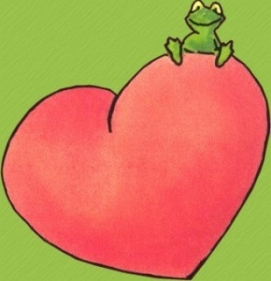
Facteurs de maintien ou de guérison



8 études internationales n = 14.208 sujets « tout venant »



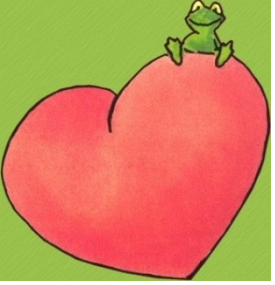
Fréquence d'exposition à un événement traumatique au cours de la vie.



LIFE EVENTS

Les 24 items de Rahe et Holmes

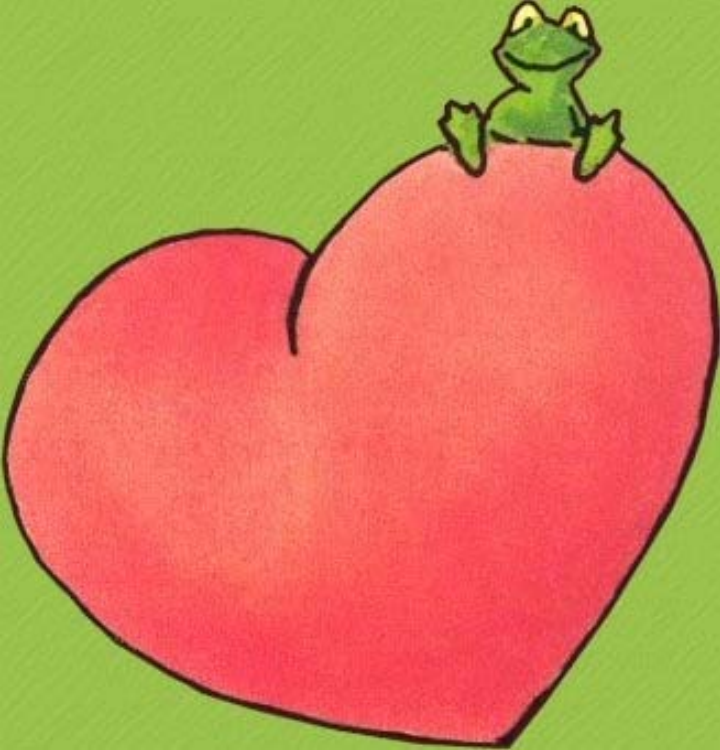
Evènement	Points
Décès du conjoint	100
Divorce	73
Séparation	65
Séjour en prison	63
Décès d'un proche parent	63
Maladies ou blessures personnelles	53
Mariage	50
Perte d'emploi	47
Réconciliation avec le conjoint	45
Retraite	45
Modification de l'état de santé d'un membre de la famille	44
Grossesse	40
Difficultés sexuelles	39
Ajout d'un membre dans la famille	39
Changement dans la vie professionnelle	39
Modification de la situation financière	38
Mort d'un ami proche	37
Changement de carrière	36
Modification du nombre de disputes avec le conjoint	35
Hypothèque supérieure à un an de salaire	31
Saisie d'hypothèque ou de prêt	30
Modification de ses responsabilités professionnelles	29
Départ de l'un des enfants	29
Problème avec les beaux-parents	29
Succès personnel éclatant	28
Début ou fin d'emploi du conjoint	26
Première ou dernière année d'études	26
Modification de ses conditions de vie	25
Changements dans ses habitudes personnelles	24
Difficultés avec son patron	23
Modification des heures et des conditions de travail	20
Changement de domicile	20
Changement d'école	20
Changement du type ou de la quantité de loisirs	19
Modification des activités religieuses	19
Modification des activités sociales	18
Hypothèque ou prêt inférieur à un an de salaire	17
Modification des habitudes de sommeil	16
Modification du nombre de réunions familiales	15
Modification des habitudes alimentaires	15
Voyage ou vacances	13
Noël	12
Infractions mineures à la loi	11



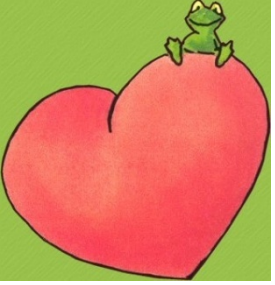
Symptôme sexuel et vulnérabilité au stress

- ✓ Importance des stressseurs dans le déclenchement de la DE (Holmes et rahé, 1967)
- ✓ vécu de perte (Hartmann 1998)
- ✓ forte augmentation d'évènements de vie dans les 12 mois précédant l'apparition de la DE (Vincent, Colson, et al 2004)





Le partenaire



Le (la) partenaire

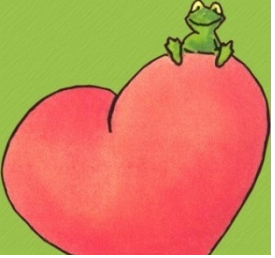
- ✓ grands traits de fonctionnement et capacité adaptative
- ✓ expérience sexuelle
- ✓ Fonctionnement sexuel
- ✓ Évènements de vie
- ✓ attachement et sentiment amoureux

Partenaire facteur de maintien ou de guérison ?



Les scripts sexuels

*Cherche bien dans le bouquin, j' ai l' impression
que cest pas comme ca*



La dynamique de couple

✓ Willy et les collusions de couple

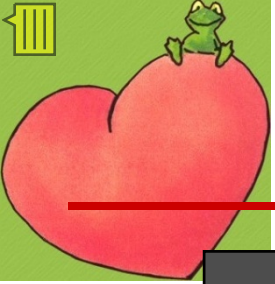
- puissance
- emprise
- Narcissisme
- soin

✓ Repérer les facteurs et comportements dysfonctionnels

- reproches et dévalorisation
- ruminations incessantes du passé
- absence de communication
- sabotage sexuel
- carences affectives
- réactivation d'une scène familiale personnelle
- absence de projets communs / fin des projets initiaux

Capacité de réversibilité

Travail sur le couple



Mode défensif

- Défense
- accusation
- interprétation
- isolement

Mode silencieux

- retrait/ évitement
- déni

Mode Surprotection

- inhibition
- silence

Quelles priorités
Pour quel couple ?

- Apaiser les tensions
- non-dits et attentes muettes
- Restaurer le dialogue
- Renforcer la cohésion du couple
- Identifier et soutenir les facteurs de vulnérabilité
- Relancer l'action sexuelle
- élargir les scripts sexuels

Mode conflictuel

- reproches
- Mépris
- sarcasmes
- Dédain

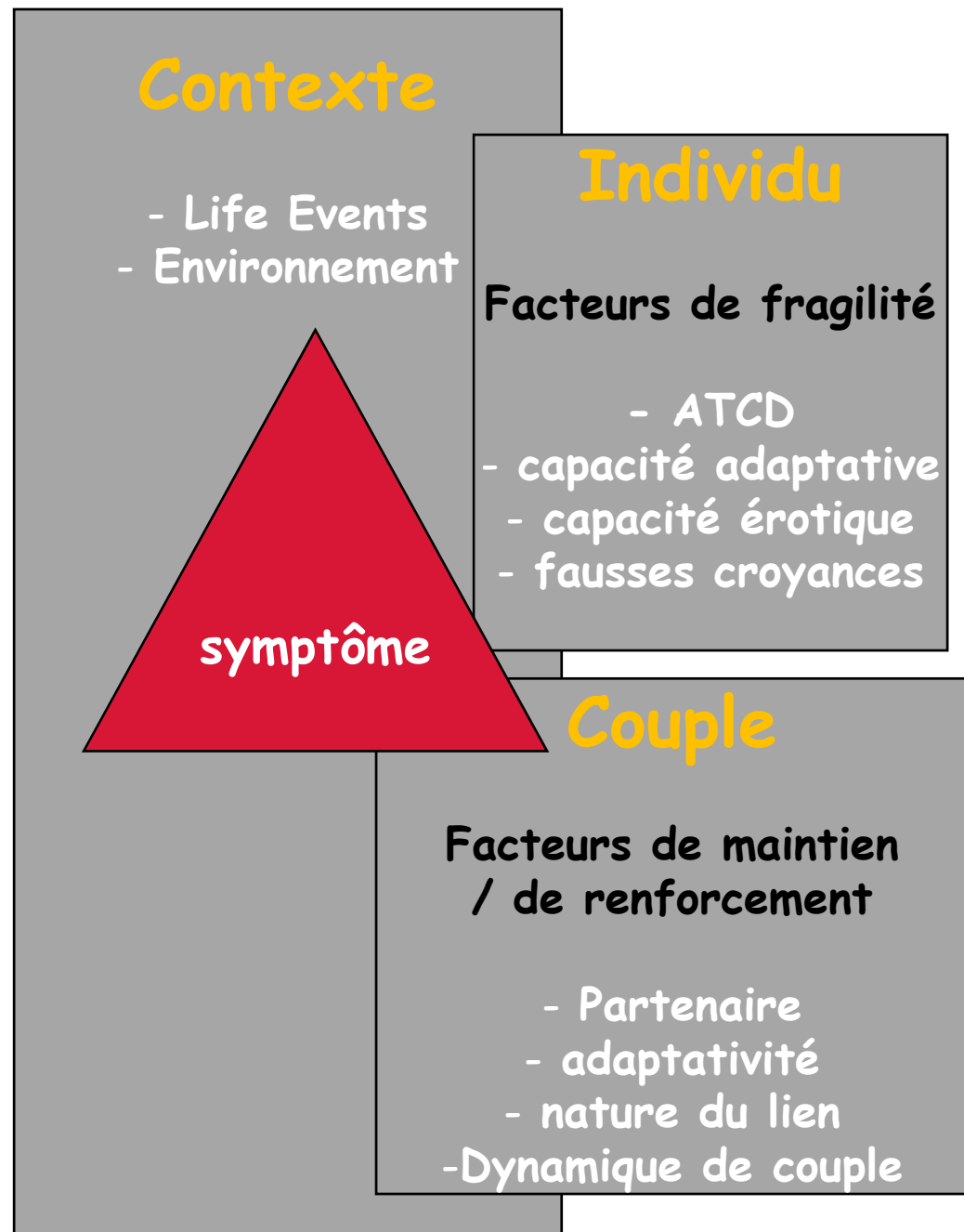
Résolution active

- dialogue
- soutien actif
- recherche de soutien ext.

Induire le
changement

Intimité, partage, dialogue, soutien, confiance

Evaluation du symptôme et de sa dynamique



Evaluation du symptôme
et de sa dynamique

Etat
Sexuel
antérieur

Poids d'organicité

Demande

Stratégie thérapeutique

- Objectif
- moyens thérapeutique
- Contrat thérapeutique

Contexte

- Life Events
- Environnement

Individu

Facteurs de fragilité

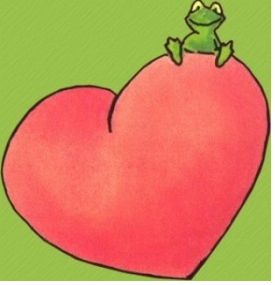
- ATCD
- capacité adaptative
- capacité érotique
- fausses croyances

symptôme

Couple

Facteurs de maintien
/ de renforcement

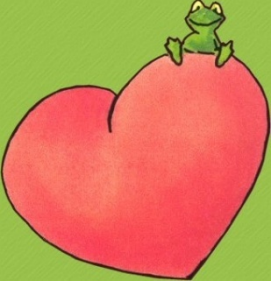
- Partenaire
- adaptativité
- nature du lien
- Dynamique de couple



Évaluer pour assigner un objectif

✓ quel objectif ?

- Retour à l'état antérieur
- Palliation ou Guérison
- adaptation
- Satisfaction sexuelle
- Mission impossible
- plusieurs symptômes = plusieurs points d'impacts parfois simultanés

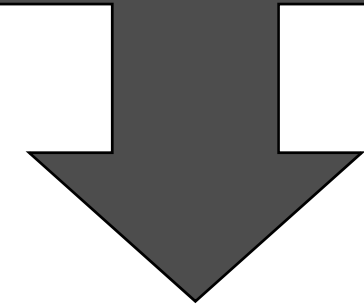


Évaluer pour mettre en forme une stratégie thérapeutique

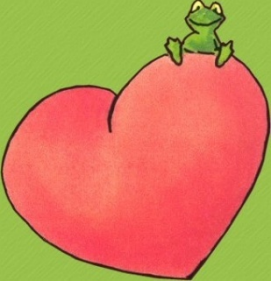
Action dynamique,

- Progressive
- Simultanée
- point par point
- à tous les niveaux de la dysfonction

- interaction
- dissociation des difficultés
- désynchronisation
- simultanéité
- progressivité

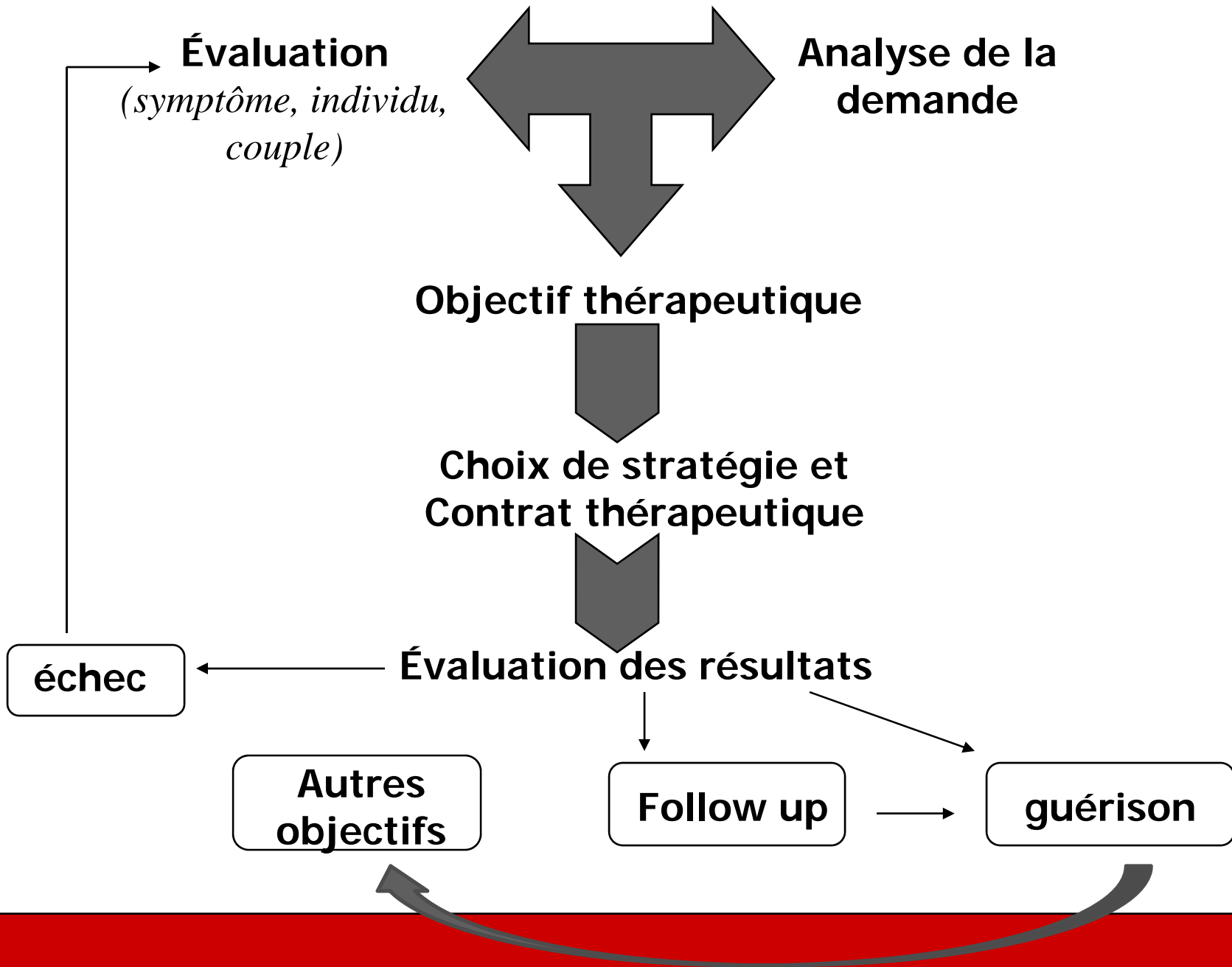


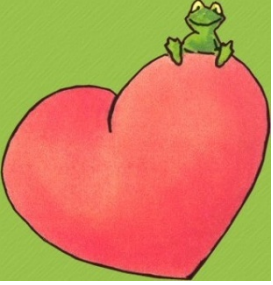
guérison



Traiter = Construire un projet thérapeutique

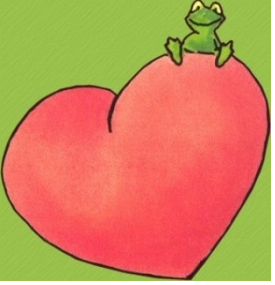
- ✓ Repérer les priorités
- ✓ Prendre les mesures d'urgence
- ✓ S'inscrire dans une démarche thérapeutique véritable
 - ❑ Un objectif
 - ❑ Une stratégie
 - ❑ Des moyens d'action
- ✓ Assurer la progression thérapeutique et le suivi
- ✓ Etablir un contrat thérapeutique





Traiter = agir à tous les niveaux de la pathologie

- ✓ Lever le Blocage Comportemental
Déconditionnement / reconditionnement
- ✓ Gérer les perturbations émotionnelles
TRT sexo cognitif
- ✓ Relancer le projet sexuel et relationnel
Sexothérapie de couple

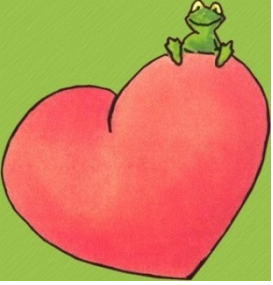


Éléments de stratégie : restructuration cognitive et comportementale

- ✓ Anxiété et cercle vicieux
- ✓ Attitude de spectateur
- ✓ Motricité
 - ❑ Tension / contraction
 - ❑ Hyperactivité
 - ❑ Comportements dysfonctionnels
- ✓ Sensorialité bloquée
- ✓ Attitudes inadaptées
- ✓ conceptualisations erronées
- ✓ Attentes affectives déçues

L'individu





Éléments de stratégie : restructuration cognitive et comportementale

✓ Comportements inadaptés

❑ L'apprentissage de conséquence

- ❑ Lui permettre au moins une fois de fonctionner de manière satisfaisante
- ❑ favorise l'acquisition de nouveaux comportements
- ❑ par étapes successives,
- ❑ pour asseoir l'apprentissage,
- ❑ pour renforcer la progression

L'individu

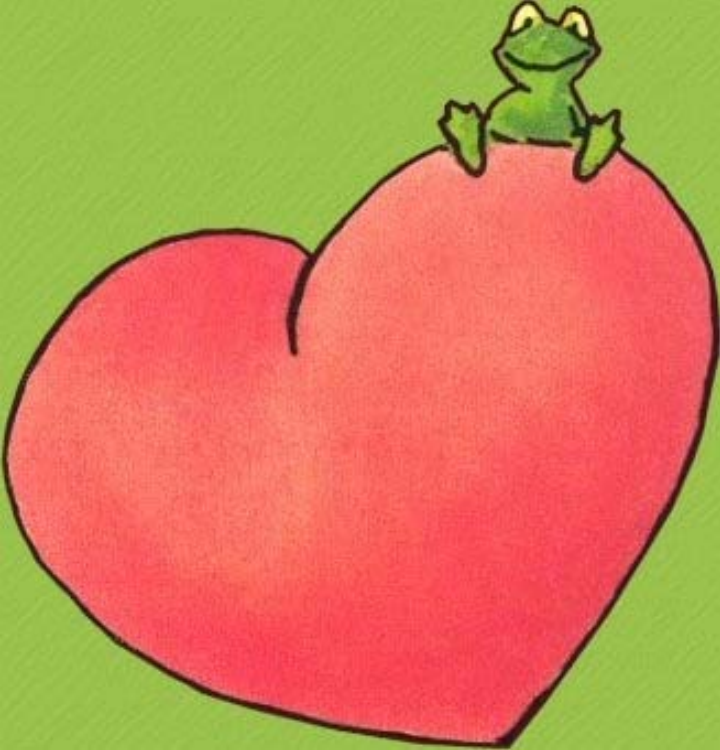


✓ Processus cognitifs

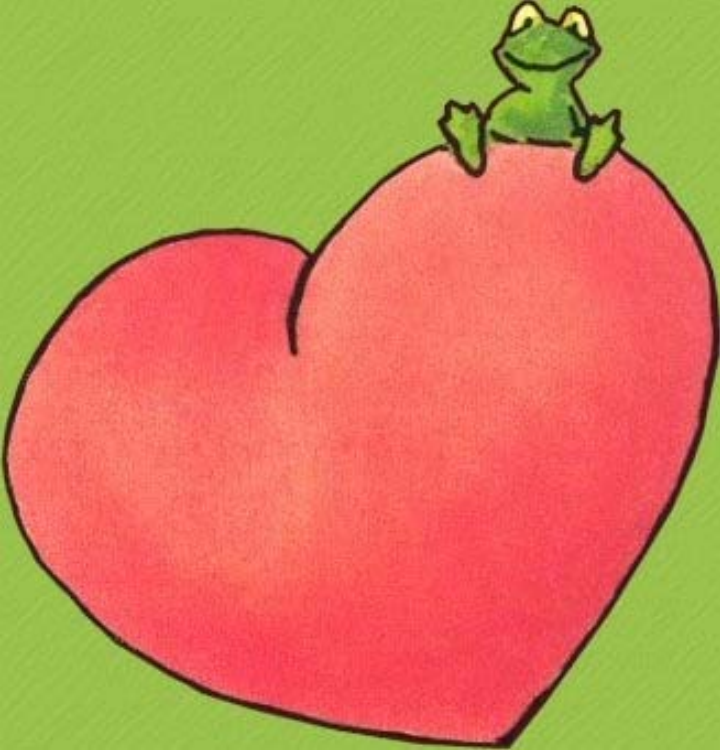
- ❑ Information, compréhension
- ❑ Prise de conscience

✓ la prescription paradoxale (SF)

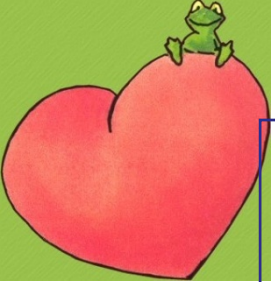
✓ l'encadrement et le renforcement



**Applications :
quelques exemples de
prises en charge par
les TCC en sexologie**



**La dysfonction
érectile et la place
du médicament dans
la prise en charge
sexologique**



Le médicament

Facilitation de l'excitation

Apprentissage d'une érection concrète

Diminution des perturbations émotionnelles

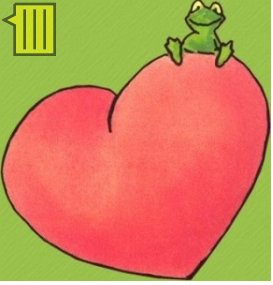
Le médicament crée les conditions du changement

- apaisement symptomatique
 - neurophysiologique
 - émotionnel
- Reprise de confiance
- Possibilité de se recentrer sur les autres repères de la sexualité

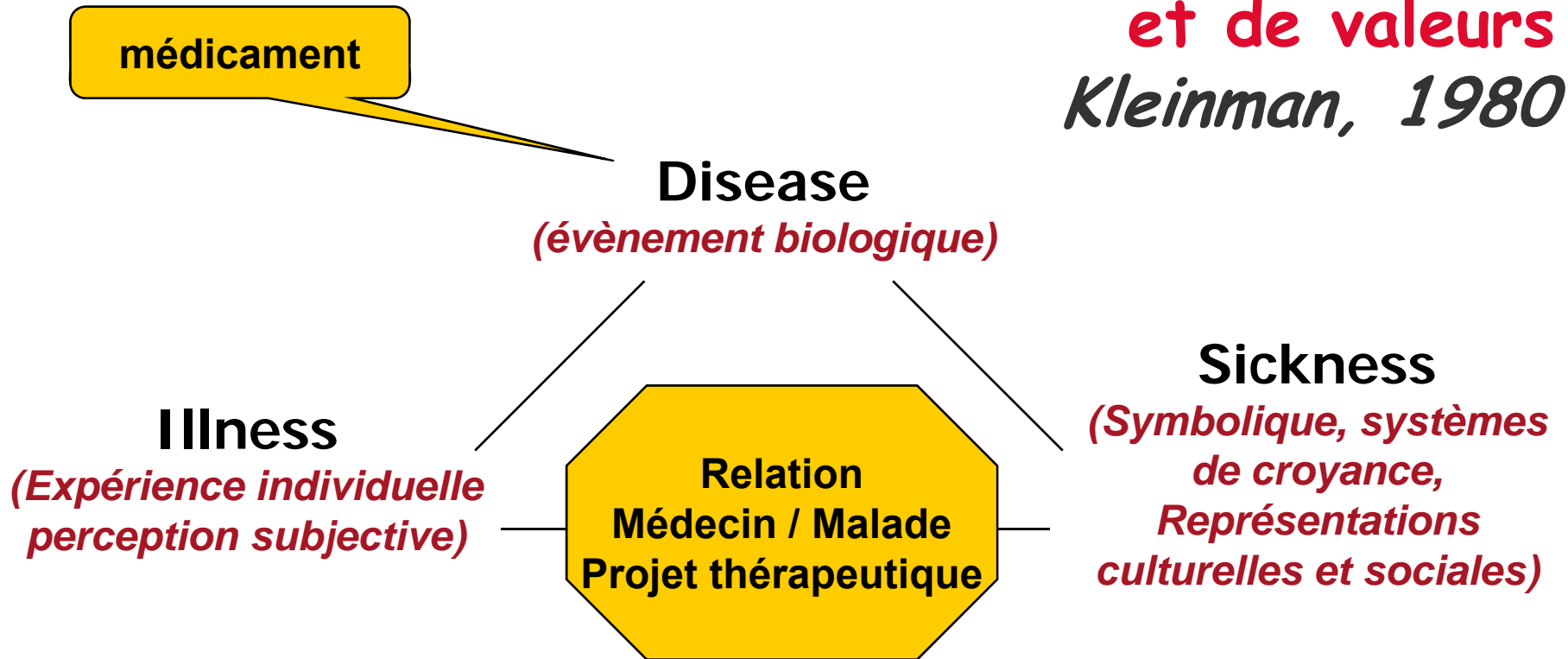
Le médicament permet de retrouver son corps biologique

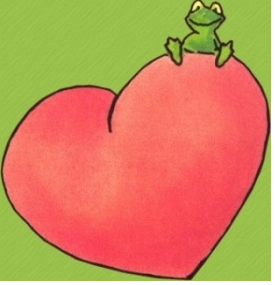
- ✓ Facilitation de
 - ✓ Gestion des perturbations émotionnelles
 - ✓ Comportements inadaptés

Dysfonction érectile, TCC et médicament
Pour aller vers l'autre, il faut pouvoir se montrer



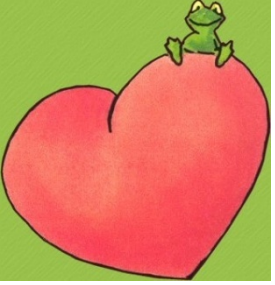
La maladie n'est pas seulement un événement biologique.
Elle s'inscrit dans un système actif de représentations et de valeurs
Kleinman, 1980





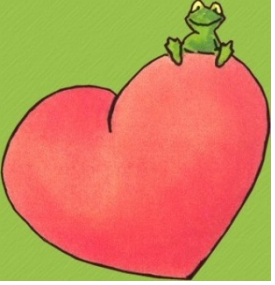
Éjaculation précoce

- ✓ information sur la logique du corps et la physiologie sexuelle
- ✓ Fausses croyances et idées reçues
- ✓ Squeeze technic (Masters & Johnson)
- ✓ stop and go (Semans)
- ✓ accompagnement, prévention des rechutes



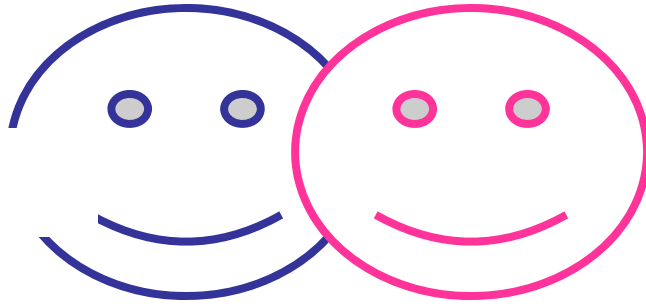
Désir sexuel hypoactif chez la femme

- ✓ éviter les rapports forcés
- ✓ fausses croyances et idées reçues
- ✓ perturbations émotionnelles
- ✓ conflits de couples, mécontentes, dialogue
- ✓ priorités, gestion du temps et du stress
- ✓ resensibilisation corporelle et génitale
- ✓ Sensate focus

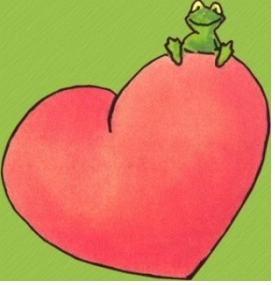


Action sur le couple

Le couple

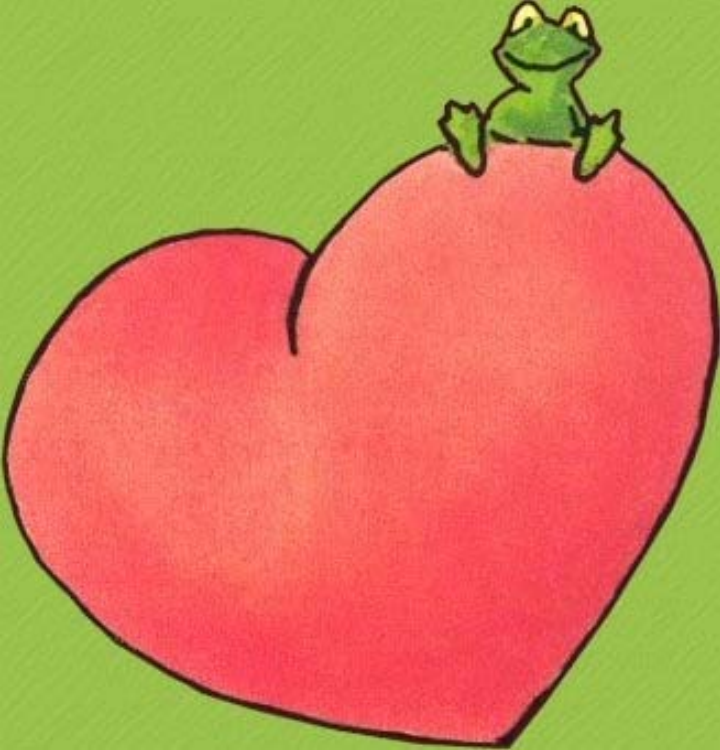


- ✓ Interdire les pénétrations forcées ou bâclées
- ✓ points de fragilité et points d'action
- ✓ Repérer les facteurs de discorde
- ✓ Gérer les conflits
- ✓ interactions et dynamique : renverser les facteurs de maintien



vaginismes

- ✓ information sur le corps, auto-exploration
- ✓ désensibilisation progressive
 - ❑ quantification de situations de difficultés croissantes
 - ❑ désensibilisation en imagination puis in vivo
 - ❑ Bougies +/-
 - ❑ association de l'homme à la thérapie



Pour aller plus loin

- ✓ Jean Cottraux
 - thérapies cognitives et comportementales, Masson
- ✓ Xavier Poudat et Noella Jarousse
 - « traitement cognitif et comportemental des difficultés sexuelles », Masson