

TRAITEMENT BEHAVIORAL DES DYSFONCTIONNEMENTS SEXUELS PAR BIBLIOTHÉRAPIE : LES RÉSULTATS DE DEUX ÉTUDES¹

GILLES TRUDEL^{2, 3}

Université du Québec à Montréal et Hôpital Louis-H. Lafontaine

SUZANNE SAINT-LAURENT ET SYLVAIN PROULX⁴

Université du Québec à Montréal

Les deux recherches présentées dans cet article étudient les effets de la bibliothérapie dans le traitement des dysfonctionnements sexuels. Deux traitements sont étudiés : les exercices pubococcygiens dans le traitement de problèmes orgasmiques chez la femme et un traitement composite pour traiter l'éjaculation précoce. Les résultats appuient l'efficacité de la bibliothérapie dans le traitement de l'éjaculation précoce. Les auteurs discutent également des variables qui pourraient influencer l'efficacité de la bibliothérapie.

Plusieurs volumes d'auto-traitement ont été publiés au cours des dernières années dans le but d'expliquer les méthodes comportementales pour le traitement de dysfonctionnements sexuels. Par exemple, les livres *Orgasme* de Heiman, LoPiccolo et LoPiccolo (1979) et *Le Bonheur dans le Couple* de Kaplan (1975) ont été largement répandus. Ces livres s'ajoutent à de nombreux ouvrages américains sur le sujet (voir Bar-bach, 1975 ; Kline-Graber et Graber, 1975 ; etc.).

La bibliothérapie pourrait éventuellement s'avérer un moyen simple et économique de modifier le comportement. Cependant, il y a relativement peu d'information sur l'efficacité de cette approche. Certaines études antérieures sur la bibliothérapie appliquée à divers problèmes comme l'alcoolisme (Millet et Baca, 1981), la dépression (Schmidt, 1981) et le tabagisme (Glasgow, O'Neil, et Schafer, 1981) donnent lieu à des résultats divergents. Quel impact peut avoir la lecture d'un texte sur le comportement d'un sujet ?

Le présent article décrit les résultats de deux études dans lesquelles la bibliothérapie a été utilisée pour le traitement des dysfonctionnements sexuels.

Étude A.

Dans cette première étude, les exercices pubococcygiens (Kegel, 1952a et 1952b) sont utilisés pour traiter des problèmes d'"anorgasmie" chez les femmes. Ces exercices sont souvent utilisés seuls ou en combinaison avec d'autres méthodes de traitement de l'"anorgasmie". Ils ont pour but d'améliorer la musculature périvaginale par des exercices répétés de contraction et de relâchement. Il est postulé, en effet, qu'il y a une relation entre un mauvais fonctionnement orgasmique et une mauvaise condition de la musculature dans la région périvaginale. En conséquence, l'amélioration de cette musculature rendrait plus probable la réponse orgasmique. Toutefois, au moment d'entreprendre la présente étude, très peu d'études expérimentales viennent appuyer l'utilité et l'efficacité de ces exercices (Trudel et Saint-Laurent, 1983).

MÉTHODE

Sujets

Douze femmes répondant à des annonces sont choisies pour cette expérience. Elles présentent un problème d'"anorgasmie" situationnelle ("anorgasmie coïtale"). Elles ont un partenaire sexuel régulier et n'ont pas de problèmes psychologiques majeurs.

Description de l'évaluation

Après une évaluation préliminaire par téléphone consistant en une entrevue standardisée, l'expérimentatrice fait parvenir par courrier deux questionnaires psychométriques : le *Questionnaire d'Excitation Sexuelle* (Hoon, Hoon et Wincze, 1978, Tru-del, Campbell et Daigle,

¹ Cet article a d'abord été présenté au 14e congrès de la European Association for Behaviour Therapy, Bruxelles, 1984.

² Les demandes de tirés à part peuvent être adressées à Gilles Trudel, D.Ps., département de psychologie, université du Québec à Montréal, case postale 8888, succursale "A", Montréal, Québec, H3C 3P8,

³ La deuxième étude a été réalisée en partie grâce à une subvention accordée au premier auteur par le Fonds Institutionnel de l'Université du Québec à Montréal.

⁴ Les lecteurs intéressés pourront consulter les mémoires de maîtrise de Suzanne Saint-Laurent et de Sylvain Proulx.

1982) et le *Questionnaire d'interaction Sexuelle* (LoPiccolo et Steger, 1974, Trudel et Dufort, sous presse). Les sujets reçoivent aussi un questionnaire clinique leur demandant de décrire leur réaction sexuelle et, plus spécifiquement, les stimulations grâce auxquelles elles parviennent à l'orgasme.

À la fin de l'expérience, les sujets sont à nouveau évalués avec les mêmes instruments. Soixante jours plus tard, une relance est complétée par téléphone. Au cours de cette relance, les sujets sont interrogés sur les éléments les plus importants du questionnaire.

Traitements

Les sujets sont divisés au hasard en deux groupes. Il n'y a aucune différence entre les deux groupes en ce qui concerne l'âge, le nombre d'années de scolarité et le nombre de grossesses. Après le prétest, tous les sujets reçoivent un texte décrivant étape par étape la procédure de traitement. Les sujets du premier groupe reçoivent un texte décrivant les exercices pubococcygiens (groupe PC). Le second groupe reçoit un texte mettant l'accent sur des exercices de sensibilisation sexuelle, sur la relaxation et sur la respiration (groupe SSRR). Chaque sujet reçoit des consignes les incitant à pratiquer ces exercices quotidiennement durant 20 minutes et est rejoint régulièrement par téléphone.

RÉSULTATS ET CONCLUSIONS

Les résultats ayant été rapportés de façon détaillée antérieurement (Trudel et Saint-Laurent, 1982), nous nous limiterons à dégager les principaux résultats et les principales conclusions.

1. Aucune différence significative n'est observée au questionnaire clinique. En fait, un seul sujet du groupe SSRR devient orgasmique durant l'activité sexuelle "coïtale". Aucun sujet de l'autre groupe n'atteint cet objectif.

2. Les seules différences significatives favorisent le groupe SSRR. Ces différences concernent le *Questionnaire d'Excitation Sexuelle*, quatre échelles du *Questionnaire d'interaction Sexuelle* et la question concernant la satisfaction sexuelle du questionnaire clinique.

3. La présente recherche fut entreprise avant la publication des résultats d'autres recherches sur le sujet (Roughan et Kunst, 1981 ; Chambless, Sultan, Stern, O'Neil, Garrison et Jackson, 1984). En se basant sur ces études, il est évident que d'autres recherches sur les exercices pubococcygiens s'avèrent nécessaires avant que l'on puisse conclure quoi que ce soit sur leur utilité et leur efficacité dans le traitement des dysfonctionnements sexuels féminins. Des études futures devraient inclure la pratique de ces exercices dans un environnement plus contrôlé. Aussi, il serait nécessaire de faire des études impliquant une observation régulière de la contraction du muscle pubococcygien durant les exercices et des comparaisons de l'évolution de la condition de ce muscle et de la réactivité sexuelle.

Étude B

Dans la seconde étude, la bibliothérapie est appliquée au traitement de l'éjaculation précoce, problème pour lequel les traitements comportementaux sont considérés très efficaces. Deux traitements sont conçus pour l'éjaculation précoce : la méthode "arrêt-départ" aussi appelée la "pause" (Semans, 1956) et la technique de la "compression" (Masters et Johnson, 1970).

Dans une étude très intéressante, Zeiss (1978) utilise un traitement composite incluant la sensibilisation corporelle (*sensate focus*), l'entraînement à la communication, la pause et la compression. Trois groupes sont comparés. Dans le premier groupe (sans contact), les sujets reçoivent un texte décrivant en douze étapes les techniques utilisées pour traiter l'éjaculation précoce. Le traitement est donc auto-administré. Dans le second groupe (contact téléphonique), le traitement est auto-administré mais il y a en outre un contact téléphonique minimal. Le traitement est en tout point similaire au précédent, mais il comprend un bref contact téléphonique avec un thérapeute à des moments prévus à l'avance. Finalement, la troisième condition (traitement habituel) consiste en une entrevue hebdomadaire avec chaque sujet. Les résultats de cette étude indiquent une amélioration très significative seulement chez les sujets du groupe soumis à une entrevue hebdomadaire et chez ceux participant au traitement avec contact téléphonique. Aucun sujet ne s'améliore dans le groupe sans contact.

Le but de la présente étude est de reproduire l'étude de Zeiss (1978) auprès d'une population francophone. En outre, une plus grande attention est donnée au contrat comportemental. Telle que décrite plus loin, une procédure systématique de renforcement positif est incluse dans ce contrat.

Sujets

Vingt-cinq sujets sont recrutés dans les établissements publics de santé ou par des annonces de journaux. Les critères de sélection sont les suivants : 1) éjaculer en moins de cinq minutes après la pénétration ; 2) le problème dure depuis au moins six mois ; 3) le sujet et sa partenaire acceptent tous les deux le traitement.

L'âge de l'homme varie entre 18 et 56 ans avec une moyenne de 32 ans. Pour la femme, son âge moyen se situe entre 18 et 53 ans. Le nombre moyen d'années de scolarité est de 12 ans et le revenu annuel moyen est de \$29,700.00.

Traitement

Les sujets sont répartis au hasard en trois groupes expérimentaux et en un groupe de contrôle. Les trois procédures expérimentales sont les mêmes que celles décrites dans l'étude de Zeiss (1978). Mentionnons que le traitement standard consiste en des entrevues de couple avec un thérapeute masculin et féminin¹. Le texte utilisé avec les deux groupes d'auto-traitement est une adaptation française de celui de Zeiss et Zeiss (1978) intitulé *Prolongez votre plaisir*. Le groupe de contrôle est en fait un groupe d'attente. Après douze semaines, les sujets de ce groupe sont inclus

dans l'un des groupes expérimentaux.

Chaque sujet accepte les termes d'un contrat. Selon cet engagement, il verse 70\$ au thérapeute. Après avoir complété chaque étape de la procédure expérimentale, il reçoit immédiatement une partie de cet argent en accord avec les principes du renforcement.

Évaluation

Après la sélection des sujets, ceux-ci doivent compléter un test de latence éjaculatoire, répondre à un questionnaire clinique sur leur problème sexuel, compléter le *Questionnaire d'interaction Sexuelle* (LoPiccolo et Steger, 1974 ; Trudel et Dufort, sous presse) et le *Test d'Adaptation Maritale* (Locke et Wallace, 1959). Une autre évaluation est complétée à la fin du traitement et à la relance de trois mois.

RÉSULTATS

Le tableau 1 décrit des résultats au test de latence éjaculatoire (nombre de secondes entre la pénétration et l'éjaculation). Une augmentation considérable de la latence éjaculatoire est observée. L'analyse de la variance révèle une augmentation significative de la latence éjaculatoire ($p < .01$). D'autres comparaisons statistiques basées sur le test t de Student indiquent une augmentation significative seulement chez les groupes expérimentaux mais aucun changement chez le groupe de contrôle.

TABLEAU 1
Résultats (en secondes) au test de latence éjaculatoire

Groupes	Prétest		Post-test	
	M	σ	M	σ
Sans contact	114,75	73,03	662,92	287,72
Contact téléphonique	79,14	60,89	553,50	184,06
Traitement habituel	102,38	58,61	646,88	172,81
Contrôle	89,17	113,64	116,33	110,51

Une analyse de variance à trois facteurs est aussi effectuée chez les groupes expérimentaux. Cette analyse utilise les scores de différence dans la latence éjaculatoire entre le post-test et le prétest et entre la relance et le prétest. Les résultats de cette analyse révèlent qu'il n'y a pas de baisse significative de la latence éjaculatoire à la relance. En outre, les sujets obtiennent de meilleurs résultats au test de latence éjaculatoire lorsqu'ils utilisent la compression ou la pause durant ce test.

Le tableau 2 décrit les résultats au *Questionnaire d'interaction Sexuelle* à l'échelle 11 (Score total de satisfaction), à l'échelle 5 (Plaisir moyen, homme) et à l'échelle 6 (Plaisir moyen, femme). Les résultats de cette analyse de variance révèlent une augmentation de la

satisfaction sexuelle à l'échelle 11 à la fois pour les hommes et les femmes ($p = .05$). Cette différence significative est principalement causée par la supériorité du groupe avec contact téléphonique sur le groupe sans contact ($p < .05$ au test t de Student).

Aucune différence significative n'est observée au *Test d'Adaptation Maritale* (Locke et Wallace, 1959). Cependant, d'autres résultats peuvent aussi être décrits. La plupart des sujets (66,6%) considèrent que ce traitement est très efficace alors que 33,3% des sujets le considèrent comme efficace. Au commencement du traitement, seulement 45% des femmes peuvent atteindre l'orgasme durant le coït. A la fin du traite, ce pourcentage passe à 67%.

TABLEAU 2
Résultats au Questionnaire d'interaction Sexuelle

Groupes	Prétest						Post-test					
	Échelle 5		Échelle 6		Score total		Échelle 5		Échelle 6		Score total	
	M	σ	M	σ	M	σ	M	σ	M	σ	M	σ
Sans contact	6,81	0,82	6,04	1,01	128,40	26,47	6,92	0,70	6,10	0,76	107,83	34,41
Contact téléphonique	6,98	0,51	6,70	0,44	113,50	50,05	6,86	0,52	6,48	0,30	63,71	25,10
Traitement habituel	7,02	0,71	6,82	0,75	118,75	26,30	6,88	0,81	6,81	0,47	82,25	21,90

CONCLUSION

Cette étude indique qu'il est possible d'obtenir une amélioration significative dans le traitement de l'éjaculation précoce en utilisant la bibliothérapie et un contrat comportemental basé sur le renforcement. Cette amélioration dans la latence éjaculatoire est identique à celle obtenue lorsque des thérapeutes dirigent le traitement. Quoiqu'il soit difficile d'interpréter la différence entre les résultats de cette étude et celle de Zeiss, il se peut qu'elle puisse être expliquée par le type de contrat comportemental utilisé. Dans ce contrat, nous renforçons nos sujets à chaque fois qu'ils complètent une étape du traitement. Au contraire, le contrat utilisé dans l'étude de Zeiss (1978) ne prévoyait pas le renforcement du sujet après chacune des étapes.

Cependant, il faut mentionner qu'il y a plus d'abandons dans le groupe sans contact. De même, nous observons une moins grande satisfaction sexuelle chez les sujets du groupe sans contact. Ces deux constatations peuvent suggérer qu'une présence d'un thérapeute (au moins par contact téléphonique) peut s'avérer utile avec certains sujets pour les aider à compléter le traitement et à améliorer leur satisfaction sexuelle.

Cependant, pour plusieurs sujets, la bibliothérapie combinée à une procédure de renforcement, peut être suffisante pour traiter l'éjaculation précoce.

Conclusions sur l'utilité de la bibliothérapie dans le traitement des dysfonctionnements sexuels

1. Les résultats de ces études semblent indiquer que la bibliothérapie peut être utilisée efficacement. Par exemple, il est évident que la pause et la compression sont des méthodes efficaces de traitement de l'éjaculation précoce. Par ailleurs, nous avons maintenant plusieurs raisons de croire que les exercices pubococcygiens ne sont pas en soi utiles pour traiter le dysfonctionnement orgasmique chez la femme.

2. Cependant, nous avons besoin de recherches supplémentaires pour expliquer l'efficacité de la bibliothérapie. Par exemple, il n'est pas facile d'expliquer pourquoi les résultats de notre étude sur l'éjaculation précoce sont supérieurs à ceux obtenus par Zeiss (1978). Ces différences peuvent être expliquées par le contrat comportemental mais il est possible que d'autres variables soient également responsables de ces résultats.

3. Il serait souhaitable d'étudier, par exemple, les effets de la motivation des sujets à utiliser la bibliothérapie. Aussi, nous devrions considérer les effets des instructions données au sujet utilisant la bibliothérapie. Par exemple, il serait possible de faire une comparaison entre les effets d'instructions positives et des consignes neutres ou même négatives. Il est possible, en effet, que les instructions influencent les attentes des sujets et leur motivation à utiliser la bibliothérapie. Enfin, nous pourrions aussi analyser les

effets du type de matériel présenté au sujet. Par exemple, une description très détaillée du traitement sera-t-elle plus efficace qu'une description plus brève ? Le premier type de présentation peut amener une meilleure compréhension des techniques chez certains sujets alors que pour d'autres, il peut sembler redondant et, de ce fait, il risque d'amenuiser leur intérêt.

RÉFÉRENCES

- BARBACH, L.G. (1975) For yourself: the fulfillment of female sexuality. Doubleday: New York.
- CHAMBLESS, D.L., SULTAN, F.F., STERN, T.E., O'NEILL, C., GARRISON, G., JACKSON, A. (1984) Effect of pubococcygeal exercise on coital orgasm in women. *Journal of consulting and clinical psychology*, 52, 114-118.
- HEIMAN, J., LOPICCOLO, L., LOPICCOLO, L. *Orgasme*. Quebecor, Montreal, 1979.
- HOON, E., HOON, P., WINCZE, J. (1976) The SAI : an inventory for the measurement of female sexual arousal. *Archives of sexual behavior*, 5, 234-240.
- KAPLAN, H.S. (1975) *Le bonheur dans le couple : une nouvelle thérapie sexuelle*. Les Éditions Internationales Alain Stanké, Montréal.
- KEGEL, A.H. (1952, a) Stress incontinence and genital relaxation: a non-surgical method of increasing the tone of sphincters and their supporting structures. *Ciba Clinical Symposia*, 4, 35-51.
- KLINE-GRABER, G., GRABER, B. (1975) *Woman's orgasm: a guide to sexual satisfaction*. Bobbs-Merrill, Indianapolis.
- LOPICCOLO, J., STEGER, J.C. (1974) The sexual interaction inventory: a new instrument for assessment of sexual dysfunction. *Archives of sexual behavior*, 5, 585-595.
- LOCKE, H.J., WALLACE, K.M. (1959) Short marital-adjustment and prediction test: their reliability and validity. *Marriage and family living*, 21, 251-255.
- MASTERS, W.H., JOHNSON, V.E. (1970) *Human sexual inadequacy*. Boston: Little, Brown.
- MILLER, W.R., BACA, L.M. (1981) Two-year follow-up of bibliotherapy for problem drinkers. 15th annual AABT Convention, Toronto.
- ROUGHAN, P.A., KUNST, L. (1981) Do pelvic floor exercises really improve orgasmic potential? *Journal of sex and marital therapy*, 7, 223-229.
- SCHMIDT, M.M. (1981) Amount of therapist contact and outcome in a multimodal depression treatment program. 15th annual AABT convention. Toronto.
- SEMANS, J.H. (1956) Premature ejaculation: a new approach. *Southern medical journal*, 49, 353-358.
- GLASCOW, R.E., O'NEIL, H.K., SCHAFER, L. (1981) Effect of therapist contact on different types of self-help smoking cessation manuals. 15th annual AABT

Convention. Toronto.

TRUDEL, G., CAMPBELL, M., DAIGLE, R. (1982) Étude psychométrique du Questionnaire d'interaction Sexuelle. *Revue québécoise de psychologie*, 2, 83-87.

TRUDEL, G., DUFORT, F. Le Questionnaire d'interaction Sexuelle : une analyse psychométrique. *Revue québécoise de psychologie*, sous presse.

TRUDEL, G., SAINT-LAURENT, S. (1983) A comparison between the effects of Kegel's exercises and a combination of sexual awareness relaxation and breathing on situational orgasmic dysfunction. *Journal of sex and marital therapy*, 9, 204-209.

ZEISS, R.A. (1978) Self-directed treatment for premature ejaculation. *Journal of consulting and clinical psychology*, 46, 1234-1241.

ZEISS, R.A., ZEISS, A.M. (1978) *Prolong your pleasure*. New York: Pocket Bro

ENGLISH ABSTRACT

Two studies, in this paper, present the effects of bibliotherapy in the treatment of sexual dysfunctions. Two different treatments are studied: vaginal contraction exercises in the treatment of women's orgasmic problems and a mixed treatment for premature ejaculation. The results support the efficacy of bibliotherapy in the treatment of premature ejaculation. The authors also discuss the nature of the variables influencing the effectiveness of bibliotherapy.