



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



ARTICLE ORIGINAL

Entre thérapie de couple et thérapie sexuelle : une approche cognitivo-comportementale. Une conversation avec Mehmet Sungur



Between couple therapy and sex therapy: A cognitive behavioural approach. A conversation with Dr Mehmet Sungur

M. Sungur^a, A. Giami^{b,*}

^a Istanbul Kent University, Istanbul, Turquie

^b Inserm - Centre de recherches en épidémiologie et santé des populations, 94807 Villejuif, France

Disponible sur Internet le 21 janvier 2021

MOTS CLÉS

Thérapie sexuelle ;
Thérapie de couple ;
Sexologie ;
Approche cognitivo-comportementale

KEYWORDS

Sex therapy;
Couple therapy;
Sexology;
Cognitive-behavioral approach

Résumé Le Professeur Mehmet Sungur, président de la Fédération européenne de sexologie (EFS) a accordé à Alain Giami une interview dans laquelle il développe son parcours professionnel en médecine et en psychiatrie, son intérêt pour les approches cognitivo-comportementales et leur application au champ de la sexualité et des relations de couple. Il expose enfin son projet pour l'EFS dont il vient d'être élu le président.

© 2021 Sexologies. Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Summary Professor Mehmet Sungur, president of the European Federation of Sexology (EFS) accorded Alain Giami an interview in which he discusses his professional career in medicine and psychiatry, his interest in cognitive-behavioral approaches and their application to the field of sexuality and couple relationships. Finally, he explains his project for the EFS of which he has just been elected president.

© 2021 Sexologies. Published by Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

☆ La version en anglais de cet article, est également disponible en ligne à l'adresse suivante / The English version of this article is also available: <https://doi.org/10.1016/j.sexol.2020.12.012>.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : alain.giami@inserm.fr (A. Giami).

<https://doi.org/10.1016/j.sexol.2020.12.011>

1158-1360/© 2021 Sexologies. Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Interview

Alain Giami : Merci professeur Mehmet Sungur d'avoir accepté de partager votre expérience avec nous. Je serais heureux si nous pouvions commencer par votre histoire personnelle. En parlant de vous, comment vous êtes arrivé en psychiatrie, puis de la psychiatrie à la sexologie. Ensuite, votre intérêt pour les aspects comportementaux et cognitifs, la TCC, s'est appliqué aux questions sexuelles et relationnelles.

Mon parcours personnel

Mehmet Sungur : En fait, mon histoire avec l'école de médecine a commencé quand j'étais un jeune joueur de football. J'ai été choisi pour jouer dans l'une des équipes les plus populaires de Turquie, mais mon père m'a dit « moi, ou le football ». J'ai donc choisi mon père, et depuis lors, j'aime davantage mon père. Je suis allé à l'école de médecine parce que j'ai été mis au défi par un de mes professeurs qui m'a dit que je n'avais pas le potentiel ou la capacité de réussir les examens requis pour être accepté dans une école de médecine. En tant que lycéen moyen, c'était un défi très important pour moi. Étant jeune et ignorant, j'ai relevé le défi et ce défi m'a fait étudier 19 heures par jour. À la fin de ce marathon, j'étais dans la liste des 50 étudiants ayant le mieux réussi dans toute la Turquie. J'ai commencé ma formation médicale à la faculté de médecine de l'université d'Hacettepe, qui est toujours considérée comme la meilleure école de médecine du pays. Cependant, dès que j'ai commencé l'école, j'ai aussi commencé à me demander : « Qu'est-ce que je fais ici ? Parce que ce n'était pas mon rêve ou ne répondait pas à mes attentes. Et très vite, j'ai découvert que le seul endroit où ma conception de la vie et ma profession pouvaient se recouper était la psychiatrie. J'ai décidé d'être psychiatre en deuxième année de formation médicale avec de grandes attentes, plus d'espoirs optimistes qui m'ont fait basculer au pays des merveilles imaginaires.

Etre psychiatre

Lorsque j'ai commencé ma formation post-Universitaire, le domaine de la psychiatrie était dominé par les pharmacothérapies et par la psychothérapie à orientation psychodynamique. Les nouveaux agents pharmacologiques efficaces étaient très bien accueillis, mais ils posaient quelques problèmes. L'un des problèmes était la «rechute fréquente» après l'arrêt des médicaments. La prévention des rechutes était donc un besoin non satisfait. Ces médicaments sont très efficaces pour traiter les symptômes de troubles graves tels que la schizophrénie, mais une fois le traitement arrêté, la plupart des symptômes réapparaissent. Un autre écueil était la croyance, que j'ai toujours, que les patients ne devraient pas être des bénéficiaires passifs des traitements qui leur sont donnés, mais devenir des participants actifs de l'approche thérapeutique afin d'accroître leur auto-efficacité et leur sentiment d'autonomie, car ces éléments sont des dimensions très importantes d'un traitement réussi. Lorsque vous prescrivez un médicament, les gens l'avalent et attendent qu'un

changement magique se produise. Mais si vous leur apprenez à faire quelque chose de positif pour eux-mêmes, leur respect de soi, leur confiance en soi et leur sentiment de maîtrise augmentent. J'ai donc pensé que je devais trouver un domaine dans lequel je puisse faire participer les gens au traitement qui leur est donné.

L'approche psychodynamique était bien, mais la théorie qui sous-tend sa pratique n'était pas fondée sur des preuves et il n'y avait pas assez de données pour étayer son efficacité malgré la longue durée du traitement.

L'approche fondée sur les preuves en psychothérapie

Si nous voulons que la psychologie ou la psychiatrie soient prises au sérieux, nous devons nous appuyer sur des preuves et des données de recherche empirique. Imaginez qu'on vous diagnostique un cancer. Vous n'aimeriez pas qu'un médecin vous dise : « Je ne me soucie pas des preuves ou des données. Je base ma pratique sur mon expérience ». Pourquoi est-il si difficile de comprendre qu'une approche similaire doive t'être adoptée pour les personnes qui souffrent de troubles mentaux ? En plus de cela, ce qui est drôle, c'est que parfois certaines personnes font la même erreur pendant des décennies et appellent cela « EXPÉRIENCE ».

Venant d'un milieu médical, j'ai pensé que je devrais baser ma pratique sur une approche basée sur les preuves, et donc ma recherche a commencé pour trouver une approche de traitement plus basée sur les preuves avec une grande efficacité et un faible taux de rechute, une approche rentable. À cette époque (années 1980), la thérapie cognitive n'était malheureusement pas encore très populaire et n'était pas disponible dans mon pays.

Choisir l'approche cognitive-comportementale

J'ai donc commencé à m'intéresser à la thérapie comportementale. La fusion de la thérapie comportementale et de la thérapie cognitive est venue plus tard au début des années 1990, mais là je parle du début des années 1980. À cette époque, la thérapie comportementale devenait de plus en plus populaire, et elle était disponible, surtout en Angleterre. J'ai donc postulé pour une bourse du British Council, j'ai réussi l'examen et j'ai eu la chance de travailler avec un thérapeute géant/pionnier/appelé Isaac Marks à l'Institut de Psychiatrie (IoP) de Londres, qui s'appelle maintenant le King's College. J'ai aussi eu la chance de rencontrer et de travailler avec Keith Howton, qui a écrit un livre intitulé « Sex Therapy », un livre classique, qui est l'un des meilleurs livres jamais publiés. Ensuite, j'ai eu la chance de travailler avec le Dr Michael Crowe, que je respectais beaucoup, et avec Padmal de Silva, un grand scientifique qui a disparu au cours de ses années les plus productives. Le Dr Michael Crowe a également été l'un des pionniers de la combinaison de l'approche de la thérapie de couple et de la thérapie sexuelle. Nous avons travaillé dans son « Département de thérapie de couple et de thérapie sexuelle » en tant qu'internes avec le Dr Dinesh Bhugra, qui est devenu plus tard le président de l'Association mondiale de psychiatrie. Pour être honnête, je suis reconnaissant à

toutes ces personnes, et en particulier à Padma de Silva qui m'a encouragé à devenir un « scientifique praticien », qui fonde sa pratique sur la science. C'est un grand honneur pour moi d'avoir reçu la médaille d'or, que vous avez également reçue Alain, en 2014 avec le professeur Dr. Michael Crowe au congrès d'Istanbul, qui était organisé conjointement par l'EFS et l'ESSM.

Pourquoi la TCC ? J'ai choisi la TCC parce que la TCC est une approche basée sur des preuves. Un grand nombre d'études cliniques contrôlées ont démontré son efficacité dans une grande variété de troubles mentaux. Les preuves les plus solides existent pour le traitement de l'anxiété, des troubles anxieux et de la dépression, qui sont très souvent des comorbidités aux problèmes sexuels. Elles se sont également avérées plus efficaces dans la prévention des rechutes que les approches pharmacologiques. Comme vous le savez, l'un des principaux problèmes de la thérapie sexuelle est qu'elle n'est pas encore définie comme une approche fondée sur des preuves dans de nombreux troubles sexuels, très probablement en raison du manque de recherches contrôlées suffisantes.

J'ai eu la chance d'apprendre plus tard la thérapie cognitive auprès des maîtres et des pionniers de la thérapie cognitive, comme le Dr Tim Beck et de nombreux autres grands cliniciens tels que Robert Leahy, Arthur Freeman, Frank Dattilio, Edward Craighead, Thomas Borkovec, Paul Salkovskis, Keith Dobson and Judith Beck et bien d'autres. En plus de pouvoir apprendre d'eux, j'ai eu la chance de devenir leur ami pour la vie.

Une autre raison pour laquelle j'ai choisi la TCC, c'est qu'il s'agit d'un traitement à relativement court terme, axé sur les objectifs et les problèmes, ce qui est indispensable dans un monde en mutation où le temps devient précieux. C'est aussi un traitement spécifique aux troubles, qui se concentre sur l'identification des principales cognitions qui conduisent à l'apparition et au maintien de troubles psychologiques. Il a été prouvé que la modification de ces cognitions clés rend le processus de traitement beaucoup plus court que d'habitude. Ainsi, une fois que vous avez trouvé les cognitions clés qui conduisent à certaines conditions pathologiques, vous travaillez avec elles et c'est ce qui fait de la TCC un traitement plus court. On les appelle « cognitions clés » parce qu'une porte ne peut être ouverte et fermée que par une clé spécifique. Il ne fait aucun doute qu'avec le temps, les portes vont changer et nous devons trouver différentes clés qui ouvrent la même porte. Une bonne formulation ou conceptualisation du cas constitue la base de base pour établir des plans de traitement qui peuvent être adaptés aux besoins uniques des personnes ou des couples en souffrance.

Un autre avantage de la TCC est le fait qu'il existe des manuels de traitement, pour établir des directives pour une meilleure adhésion aux protocoles de traitement, et pour le développement de la recherche. Comme d'autres disciplines scientifiques, la TCC n'est pas statique mais en constante évolution, elle a été la base, peut-être le terrain fertile (la mère), des thérapies de la troisième vague ou de la nouvelle vague, qui ont été très populaires dans le monde entier. Ces thérapies de la troisième vague, connues sous le nom de thérapies basées sur la pleine conscience, de thérapies axées sur la compassion, de thérapies métacognitives

et de thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT), sont maintenant utilisées plus souvent, même pour traiter les problèmes sexuels et améliorer la santé sexuelle.

Contrairement à ce que l'on sait, la TCC examine l'origine des problèmes et une bonne relation thérapeutique est au moins aussi importante que les techniques utilisées pour réduire la souffrance humaine. La bonne nouvelle est qu'étant donné l'étendue des preuves et la grande efficacité de ces interventions, la TCC a été fortement préconisée et adoptée par des organisations gouvernementales dans certains pays occidentaux tels que le Royaume-Uni. Les lignes directrices de NICE ont fourni une base factuelle claire pour la fourniture de la TCC, ce qui a abouti à un projet adopté par le gouvernement, rendant les thérapies fondées sur des preuves plus accessibles et disponibles à tous ceux qui en ont besoin.

Une approche personnelle de la thérapie en général

Beaucoup de gens qui ne me connaissent pas bien me considèrent comme un thérapeute cognitif. Je suppose qu'ils ne me connaissent pas assez bien. Je me vois comme faisant partie d'un ensemble plus vaste. Quand d'autres professionnels de la santé mentale m'observent lorsque je vois un client lors de séances ou de démonstrations avec de vrais clients, ils me disent souvent que ce n'est pas la TCC qu'ils ont apprise. D'autres me disent que je ne suis en fait pas un thérapeute CBT mais un existentialiste ou m'étiennent comme thérapeute systémique. Certains me disent même que je fais en fait une brève thérapie psychodynamique. Pour être honnête, aucune de ces étiquettes ne m'intéresse. Je m'intéresse davantage à ce que je fais, et ce que je fais dépend de ce dont le client a besoin. Un bon thérapeute doit être suffisamment compétent pour modifier ou adapter sa pratique quotidienne en fonction des besoins uniques du client. Un bon thérapeute devrait peut-être être comme « Batman » équipé d'une bonne boîte à outils dans laquelle il prend l'outil le plus fonctionnel pour aider à réduire la souffrance humaine. Les différentes étiquettes qui m'ont été données par d'autres sont très probablement dues aux attributions faites à la TCC, comme le fait d'être un traitement à distance, trop technique et superficiel. Cependant, je crois que la profondeur d'une séance de thérapie dépend de la profondeur du thérapeute. Nous pensons que nous évaluons nos clients, mais en fait l'évaluation est réciproque. Ils nous évaluent aussi et tant qu'ils se sentent compris et qu'ils vous font confiance, peu importe l'école à laquelle vous vous sentez appartenir. Comme le dit Shakespeare, « une rose est une rose est une rose ». Quel que soit votre nom, c'est une rose tant que vous leur donnez une rose. Je pense donc que dans ce sens, un bon thérapeute est comme un bon danseur qui passe d'un mode technique à un mode empathique. Ces deux modalités sont des conditions requises qui définissent un bon thérapeute. Certains clients viennent nous voir après avoir été vus par un autre thérapeute et disent : « Mon thérapeute précédent était une personne très attentionnée "mais" il ne pouvait pas m'aider ». Ce type de description est généralement réservé aux thérapeutes qui entretiennent une très bonne relation thérapeutique mais

sont moins compétents dans les stratégies techniques spécifiques pour gérer le problème en question. D'autres clients viennent nous voir en disant : « Mon thérapeute précédent était manifestement une personne très reconnue "mais" nous ne pouvions pas très bien nous entendre ». Ce genre de description est généralement fait pour les thérapeutes dont les compétences techniques sont appréciées mais les compétences relationnelles moins bonnes. Ainsi, une bonne conceptualisation du cas partagée avec le client, une bonne alliance thérapeutique et une boîte à outils fonctionnelle qui contient des compétences techniques ne sont pas des luxes mais des nécessités pour servir nos clients et réduire la souffrance humaine.

J'utilise la TCC dans ma pratique quotidienne pour aider les clients à examiner l'efficacité et la faisabilité de leurs pensées qui déterminent leurs émotions et leurs comportements. J'utilise le dialogue socratique afin de les aider à trouver les réponses à leurs propres questions. Comme vous le savez, Socrate ne répondait pas directement aux questions de ses étudiants, mais les aidait à trouver leurs propres réponses à leurs questions. Je donne à mes clients des devoirs entre les sessions afin de transformer les informations en connaissances et en compétences. Je mets en place des « expériences comportementales pour tester leurs prédictions et leurs hypothèses. Je leur enseigne des stratégies d'exposition pour faire face aux comportements d'évitement et de fuite et je leur apprend encore comment s'ouvrir à différentes émotions en ne croyant pas à chaque pensée qui leur vient à l'esprit. J'ai été le président de l'association européenne et d'autres associations internationales de TCC et j'ai diffusé les bonnes pratiques de TCC dans différentes parties du monde lors de centaines de congrès internationaux. Oui, ce sont quelques-unes des qualités qui font de moi un thérapeute CBT. Mais attendez... Je me vois faire partie d'un ensemble plus vaste.

En ajoutant de la vie aux années que j'ai laissées derrière moi, je me suis également rendu compte que l'intention derrière les pensées est au moins aussi importante que le contenu des pensées. Je me suis rendu compte que l'acceptation est au moins aussi importante que le changement et que tout changement commence par l'acceptation. J'ai également réalisé que le changement se produit dans un large spectre et que parfois de petits changements peuvent avoir un impact profond sur nos vies. J'ai appris que valider et trouver un sens à la douleur peut être au moins aussi important que de réduire la douleur. J'ai appris qu'il est important de fixer des objectifs avec les clients et les couples, mais que le plus important est de fixer des objectifs basés sur des valeurs. J'ai appris que lorsque nous portons trop de jugements, nous n'avons plus le temps d'aimer. Et surtout, j'ai appris que la souffrance est inévitable, mais ce qui est plus important que la souffrance, c'est de vivre une vie qui en vaut la peine. J'ai appris que la douleur peut être un magnifique professeur pour ceux qui savent apprendre avec la douleur. J'ai également appris à être reconnaissant de pouvoir vivre, car c'est la plus grande récompense que les humains obtiennent sans payer de frais. Pour résumer, oui, je suis un thérapeute CBT, mais je fais aussi partie de quelque chose de plus grand et de plus significatif. Il existe de nombreuses sources de sagesse et de croissance continue.

Thérapie sexuelle et thérapie de couple

AG : Vous parlez beaucoup de souffrance, mais si nous essayons d'aller un plus loin, comment appliquez-vous ces idées à la sexualité et au plaisir ? Que feriez-vous, et comment abordez-vous le plaisir ? D'une manière différente, ou de la même manière que vous traitez la souffrance ? Ou bien le plaisir fait-il partie de la souffrance ?

MS : C'est tout à fait exact. Je parlais de la douleur parce que beaucoup de gens viennent nous voir pour leurs souffrances et leurs douleurs émotionnelles, et la sagesse sort de la douleur. La rose symbolise le plaisir, mais ce sont les épines qui protègent la rose. Nous devons voir le bien dans le mal, et le mal dans le bien. Tout existe avec les contraires et c'est pourquoi nous ne devons pas porter de jugements hâtifs. Oui, il est temps de parler de plaisir, et il est temps de parler non seulement de troubles, mais de prévention des troubles, ou d'amélioration de la santé sexuelle, et ce genre de choses.

AG : Les gens viennent vous voir parce qu'ils souffrent pour différentes raisons, et en particulier, ils souffrent à cause du sexe, à cause de l'amour et des relations ratées. Mais de l'autre côté, vous avez le plaisir...

MS : Exactement. Ainsi, au lieu d'avoir des souvenirs de toutes les émotions qu'ils ont vécues, ils viennent à nous en souffrance à cause du résultat non désiré de leurs relations. Les humains ont ce préjugé et cette tendance à se souvenir des expériences négatives de la vie. Ainsi, le fait de valider leur douleur et de trouver un sens à leur souffrance réduira leur impuissance et leur désespoir. En ce qui concerne la santé sexuelle et les problèmes sexuels, je ne me qualifierais pas seulement de sexothérapeute, mais plutôt de sexothérapeute et de thérapeute de couple. Parce que je crois que, tout d'abord, les questions relationnelles doivent toujours être prises en compte lorsque l'on travaille avec des couples qui souffrent de troubles sexuels. La plupart des personnes qui se présentent pour demander de l'aide pour leurs problèmes sexuels souffrent également de problèmes de couple. Je pense donc qu'un bon sexothérapeute doit pouvoir aider à gérer à la fois les problèmes de couple et les problèmes sexuels, car ils sont liés entre eux et les séparer est artificiel. Il est évident que le traitement des problèmes relationnels qui pourraient accompagner les problèmes sexuels réduira également le taux d'abandon et améliorera le résultat du traitement.

L'objectif est donc de passer d'un thérapeute de type technicien à un thérapeute polyvalent qui considère l'individu ou le couple comme unique et adapte le plan de traitement en fonction de ses besoins particuliers. En ce sens, vous souvenez-vous de l'époque où nous avons commencé notre formation post-Universitaire ? Malheureusement, à cette époque, il était généralement considéré comme inapproprié de proposer une thérapie sexuelle à des couples ayant des problèmes conjugaux ou relationnels, en partant du principe que le traitement sexuel était le plus susceptible d'échouer ou de rester inachevé en raison de problèmes relationnels. Cette hypothèse créait des difficultés dans la pratique quotidienne, car la séparation entre les deux était trop artificielle. De nombreux couples viennent chez nous en souffrant des deux problèmes.

Parfois, le couple vient vous voir (je parle ici d'un couple hétérosexuel), et lorsque vous leur demandez de définir le problème, l'un des partenaires et généralement le partenaire masculin le définit comme un problème sexuel en disant : « Eh bien, nous n'avons que ce problème sexuel et une fois que nous aurons réglé cela, tout ira bien », alors que le partenaire féminin dit : « C'est drôle, je ne suis pas d'accord parce que je pense que notre problème relationnel est la cause du problème sexuel ». Que fait donc un sexothérapeute dans ces circonstances où un partenaire demande une aide sexuelle et l'autre demande de l'aide pour des problèmes relationnels ? Pour être honnête, dans la pratique quotidienne, le thérapeute part de ce qu'il sait. S'il est formé à la thérapie sexuelle, il donnera une thérapie sexuelle, s'il est formé à la thérapie de couple, il offrira une thérapie de couple mais ce n'est pas l'approche du 21^e siècle car notre stratégie de traitement doit prendre en compte les besoins des deux partenaires. Nous devons donc être suffisamment équipés pour répondre aux besoins des deux partenaires, en couvrant à la fois la relation et les questions sexuelles. Il existe de nombreuses raisons pour lesquelles la thérapie sexuelle et la thérapie de couple ne doivent pas rester séparées l'une de l'autre. Tout d'abord, elles sont liées dans la pratique quotidienne, de sorte qu'il est artificiel de les séparer, et en plus de cela, cette séparation fait que de nombreux couples ayant des problèmes relationnels sont rejetés de la thérapie sexuelle dès le début, ce qui amène ensuite le thérapeute à travailler sur un groupe très sélectif.

Les chercheurs et les cliniciens donnent les résultats de la thérapie sexuelle, mais nous ne savons pas si les patients souffrent aussi de problèmes de couple. Si vous excluez les couples qui ont des problèmes relationnels, vous travaillez en fait sur un groupe très sélectif, comme Masters et Johnson. N'oubliez pas qu'ils ont rapporté un taux de réussite remarquable dans le traitement des troubles sexuels... Ils ont en fait adopté l'approche inhabituelle consistant à ne signaler que les échecs de traitement en supposant que tous les couples qui n'étaient pas des échecs de traitement avaient un résultat positif. Il y avait également des biais dans la sélection des patients et les troubles de l'intérêt et du désir sexuels n'étaient pas encore définis. Masters et Johnson travaillaient comme deux thérapeutes et le sexe du thérapeute correspondait à celui du partenaire qui le présentait, en supposant que deux thérapeutes seraient plus efficaces qu'un seul et que les séances étaient prescrites tous les jours. Malgré tous ces problèmes méthodologiques, les résultats qu'ils ont rapportés ont attiré de nombreuses personnes de différentes disciplines à venir travailler dans le domaine des problèmes sexuels. Beaucoup de choses ont changé par la suite. Je pense que c'était dans les années 1970, lorsque Masters et Johnson ont écrit le livre intitulé « L'insuffisance sexuelle humaine », et dix ans plus tard, en 1980, Zilbergeld et Evans ont écrit un article intitulé « L'insuffisance de Masters et Johnson ». L'un parlait donc de l'insuffisance sexuelle humaine, l'autre de l'insuffisance des méthodes utilisées. Je pense qu'il est très important de garder à l'esprit qu'il y a toujours un changement continu dans les pratiques quotidiennes. Pour en revenir au point de départ, combiner la thérapie sexuelle avec la thérapie de couple évite au thérapeute de prendre une décision critique, qui est liée à des directives vagues sur les couples

ayant des problèmes conjugaux et ceux qui ne se prêtent pas à la thérapie sexuelle. Cela aide également le thérapeute à démêler la cause de l'effet. Certaines données montrent que la thérapie combinée réduit le taux d'abandon et améliore les résultats du traitement, en particulier pour les problèmes de faible désir sexuel où la thérapie sexuelle seule peut ne pas être très efficace si les problèmes relationnels généraux ne sont pas également gérés. C'est pourquoi je veux toujours réunir ces deux approches et c'est la raison pour laquelle je présente toujours des ateliers et des conférences sur le couple et le sexe plutôt que sur la thérapie sexuelle seule. Quand vous allez à un congrès pour les couples et pour la thérapie familiale, on ne veut pas y aborder les questions sexuelles ou vice versa. Si les questions de couple sont exclues de la recherche sur la thérapie sexuelle, alors nous ne pouvons pas nous appuyer sur les résultats de ces recherches parce que cela ne fait pas partie de la vie quotidienne. C'est probablement la raison pour laquelle les résultats de la recherche et les résultats cliniques ne vont pas de pair, car nous faisons beaucoup d'exclusions pendant la recherche.

J'ai suivi une formation en thérapie sexuelle au Royaume-Uni et j'ai eu la chance d'être formé à l'Institut de psychiatrie de Londres, où la thérapie sexuelle et la thérapie de couple étaient combinées et intégrées. Comme il n'existait pas à l'époque en Turquie de concept d'éducation sexuelle, de droits sexuels et de traitement des troubles sexuels, j'ai créé la première unité de santé sexuelle et de troubles sexuels à la faculté de médecine de l'université d'Ankara dès mon retour dans mon pays.

Pour résumer, je pourrais donc dire que la thérapie sexuelle moderne est bien plus que la simple application de techniques spécifiques dans la gestion de troubles sexuels spécifiques. Les questions conjugales ou relationnelles doivent toujours être prises en compte lorsque l'on travaille avec des couples qui souffrent de problèmes sexuels. La gestion des questions relationnelles permettra de réduire les taux d'abandon et d'améliorer le résultat du traitement. Et l'objectif aujourd'hui devrait être de passer d'un type de sexothérapeute technicien à un clinicien polyvalent qui considère l'individu ou le couple comme unique et adapte le programme de traitement, en fonction des besoins et des caractéristiques uniques de ce couple. Un bon sexothérapeute doit donc aussi être un thérapeute de couple bien formé.

Évolutions depuis Masters & Johnson

Pour autant que je sache, il s'agit d'une évolution majeure depuis Masters et Johnson. Parce que Masters et Johnson n'ont pas, en effet, pris en compte le couple comme cible de la thérapie... Je veux dire que les patients devaient être en couple pour être accessibles à la thérapie, mais la question du couple n'a pas été explorée.

C'est certainement l'une des choses qui manquait dans le travail de Masters et Johnson. Et une autre chose qui manquait dans le travail de Masters et Johnson était le désir sexuel exacerbé et le manque d'intérêt sexuel qui a été défini plus tard par Helen Kaplan. Ils étaient donc assez sélectifs dans leur travail avec les couples et ils ne nous ont pas parlé des taux de réussite, mais ils nous ont parlé

des couples qui n'ont pas réussi. Et lorsqu'ils parlaient de réussite, ils ne parlaient pas de l'ampleur du succès. Les taux de réussite varient sur un large spectre. Les statistiques de résultats rapportées par d'autres chercheurs ont été beaucoup plus modestes que celles de M&J. Cependant, leur travail était très essentiel et très important. Et nous le respectons bien sûr beaucoup, et les pièces manquantes à ce qu'ils avaient élaboré ont été complétées plus tard par d'autres recherches cliniques qui ont comblé les lacunes.

Fédération européenne de sexologie (EFS) et Association mondiale pour la santé sexuelle (WAS)

AG : En tant que président de l'EFS, que souhaitez-vous dire et quelle sera votre mission pour l'avenir et vos liens avec la WAS ?

MS : C'est un grand honneur, un plaisir et une grande responsabilité d'être élu comme nouveau président de l'EFS. Tout d'abord, je voudrais remercier les membres éminents du conseil d'administration pour m'avoir donné l'opportunité d'être le président d'une société aussi élégante et importante. Je voudrais également exprimer ma gratitude envers l'Assemblée Générale pour l'approbation de ce poste. La présidence sera sans aucun doute une tâche épuisante mais surtout gratifiante. L'EFS est désormais une fédération parapluie qui chapeaute plus de 50 associations membres, de nombreux membres individuels, quelques membres affiliés et des membres étudiants. L'EFS est en liaison étroite avec l'*European Society for Sexual Medicine* et a même organisé un congrès commun à Istanbul en 2014 qui s'est soldé par un des plus grands nombres de participants, si ce n'est le plus grand. . .

Pendant toute la durée de ma présidence, la mission de l'EFS consistera certainement à renforcer les liens et à établir des relations et des collaborations plus étroites avec les associations qui visent des objectifs et des valeurs similaires. Notre but ultime sera de promouvoir la santé et les droits sexuels, d'améliorer l'éducation sexuelle, de prévenir les troubles sexuels et de diffuser des traitements efficaces et éthiques pour réduire la souffrance humaine due aux troubles sexuels et pour ceux qui ont été victimes d'abus sexuels. La santé et les droits sexuels ne sont pas un luxe, mais des éléments essentiels du bien-être humain qui doivent être bien respectés sans laisser personne de côté. À cet égard, j'espère poursuivre la collaboration et la coopération avec la WAS, qui a des valeurs et des objectifs similaires. En effet, nous avons concrétisé cet entretien avec vous et nous avons demandé une collaboration plus poussée avec les membres éminents du conseil exécutif et consultatif de la WAS afin d'améliorer notre relation.

L'EFS est l'une des 5 fédérations régionales affiliées à la WAS et le fait de travailler en étroite collaboration se traduira par des avantages mutuels tout en préservant le caractère et la fonction uniques de chaque société et aura certainement des conséquences positives profondes pour le public.

La mission de l'EFS de diffuser la santé sexuelle et les droits sexuels et de diffuser la science et les bonnes pratiques sera accomplie par le biais de congrès véritablement internationaux et hautement scientifiques organisés tous les deux ans, de réunions régionales, de la mise en

place de normes optimales de formation parmi les sociétés membres ainsi que de notre journal « Sexologies », édité par vous-même et de notre bulletin d'information édité par Filippo Nimbi. La certification des éducateurs, conseillers et thérapeutes sexuels sera une question qui requiert une attention particulière car la sexologie n'est pas une discipline statique mais en constante évolution. L'EFS continuera à travailler à l'établissement de normes de formation pour les éducateurs, les conseillers et les thérapeutes en plus des certifications de psycho-sexologues données par l'EFS et l'ESSM. Pour résumer, je voudrais informer que les membres de notre conseil d'administration sont très enthousiastes à l'idée d'entrer en contact avec toute association et tout individu qui vise à améliorer la qualité du service offert à nos clients et patients dans le processus de réduction de la souffrance et de la douleur humaine et de promotion de la santé et des droits sexuels. Se réunir n'est qu'un début, mais travailler ensemble est un succès.

Au nom de l'EFS, je me réjouis d'accueillir des webinaires communs avec la WAS, et d'organiser des congrès communs à l'avenir, de préparer des déclarations communes concernant la santé et les droits sexuels, des bulletins communs et des réunions régulières. Je suis honoré de faire partie du Comité consultatif et exécutif de la WAS.

Enfin, c'est un honneur et un plaisir pour la Fédération européenne de sexologie (EFS) d'accueillir les membres de la WAS au prochain 15e congrès de l'EFS qui a été reporté à l'année 2022. Je suis heureux d'encourager les membres de la WAS à devenir également nos membres, ce qui apportera certainement de nombreux avantages. Vous trouverez plus d'informations sur notre fédération sur notre nouveau site web www.europeansexology.com. Les membres de notre conseil d'administration et moi-même sommes impatients de poursuivre notre collaboration avec la WAS de la manière la plus appropriée et la plus souhaitable au cours des prochaines années. N'hésitez pas à nous guider pour améliorer notre liaison de la meilleure façon possible.

AG : Merci Mehmet pour cet entretien très intéressant qui nous permet de mieux vous connaître et de mieux connaître également la pratique de la thérapie sexuelle et de la thérapie de couple dans le contexte des thérapies cognitivo-comportementales. De plus, vous nous avez aidé à mieux connaître vos objectifs à venir à la tête de l'EFS.

Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Biographie

Mehmet Sungur est professeur de psychiatrie à l'université d'Istanbul Kent. Il a reçu une formation en thérapie cognitivo-comportementale (TCC), en thérapies sexuelles et conjugales à l'Institut de psychiatrie (King's College) de Londres. Il est accrédité en tant que « thérapeute cognitif-comportemental » par l'Association européenne des thérapies comportementales et cognitives (EABCT). Il est membre fondateur, thérapeute cognitif certifié/superviseur de l'Academy of Cognitive Therapy (ACT) et membre du conseil consultatif international de l'Institut Beck (BI). Il est l'ancien président de l'Association internationale de psy-

chothérapie cognitive (IACP) et a été président de l'EABCT. Le Pr Sungur est actuellement président de la Fédération européenne de sexologie (EFS) et membre du conseil d'administration de la Confédération mondiale des thérapies cognitives et comportementales (WCCBT), récemment créée.

Sa pratique clinique couvre un large éventail de syndromes cliniques, avec un accent particulier sur le traitement cognitivo-comportemental des troubles anxieux et des problèmes sexuels et conjugaux. Il a présenté des ateliers et des exposés dans le cadre de nombreux congrès internationaux et a joué un rôle de premier plan dans la diffusion de la pratique de la TCC et de la thérapie de couple. Il est le président de l'Association turque de thérapie cognitive et comportementale (TACBT) depuis sa création.

Il a reçu plusieurs prix nationaux et internationaux, dont le « Prix de réintégration de la schizophrénie », la « Médaille

d'or de la Fédération européenne de sexologie », le « Prix honorifique Julia Heiman » pour ses contributions dans le domaine de la thérapie de couple et de la thérapie sexuelle. Il a publié plus de 150 articles, principalement sur la TCC et les troubles sexuels, et a écrit des livres et des chapitres de livres sur la TCC à l'intention des professionnels. Ses livres tels que « Love-Marriage and Infidelity » ont été traduits dans différentes langues. Son récent livre intitulé « Making Peace with Uncertainty and Managing Worry & Anxiety in times of Covid Pandemic » a fait l'objet de 12 éditions au cours des cinq derniers mois. Il fait partie du comité consultatif et/ou éditorial de nombreuses revues nationales et internationales et s'est actuellement engagé dans la formation des professionnels de la santé mentale aux applications cliniques de la TCC et de la thérapie de couple. Il a été président de 8 congrès internationaux et de nombreux congrès nationaux.