

Sexualité normale du couple et ses troubles

OBJECTIFS

- Identifier les principaux troubles de la sexualité.
- Dépister une affection organique devant un trouble de la sexualité.
- Savoir aborder la question de la sexualité au cours d'une consultation.

INTRODUCTION

15 % à 70 % des femmes rapportent des difficultés sexuelles temporaires ou permanentes.

La sexualité est un élément de qualité de vie difficile à apprécier.

Les médecins sont gênés pour aborder scientifiquement la problématique de la sexualité.

Pour que la sexualité féminine soit épanouie, il faut : une intégrité anatomique avec équilibre neurohormonal, une intégrité vulvovestibulaire, une sensibilité clitoridienne normale, une vie de couple épanouie, des conditions socioéconomiques favorables, une libido intacte, la reconnaissance du plaisir et de l'orgasme.

LA PHYSIOLOGIE DU RAPPORT SEXUEL NORMAL (OU EUPAREUNIE)

La physiologie du rapport sexuel normal (ou eupareunie) comporte 4 phases :

La période d'excitation avec lubrification et exacerbation du désir,

Le plaisir sexuel avec montée progressive ou rapide vers une phase de plateau,

L'orgasme unique ou multiple chez la femme,

La phase de résolution avec sensation de bonheur et de plénitude.

II CAUSES DE DIFFICULTES SEXUELLES

Certaines conditions exposent aux difficultés sexuelles :

Parmi les antécédents :

De traumatismes psychiques souvent provoqués par les abus sexuels pouvant survenir dans l'enfance (harcèlement, attouchements, viols),

De traumatismes physiques : malformations, maladie infectieuses, chirurgie génitale, séquelles d'accouchement (neuropathie d'étirement, séquelles d'épisiotomie, malposition utérine acquise), Tabous éducatifs, image de la sexualité parentale négative, Identification maternelle, Carence affective, absence d'empreinte en terme de tendresse, Empreinte de la 1re expérience sexuelle négative, Image négative de soi : obésité, dépression ;

Certaines pathologies : Infections génitales : vulvite mycosique ou herpétique, Endométriose, Lichen scléro-atrophique vulvaire ou érosif vaginal, Sténose post-chirurgicale.

III PRINCIPAUX TROUBLES DE LA SEXUALITE

Masters et Johnson : ce sont deux sexologues américains qui travaillent en couple thérapeutique, sur des théories comportementalistes. Ils repèrent d'abord le symptôme car pour eux c'est un signal d'inadaptation. La thérapie est dans l'apprentissage d'un comportement plus satisfaisant. Les raisons ou causes du symptôme ne sont pas intéressantes en soi. Pour Masters et Johnson, il n'existe pas de problème sexuel dans un couple qui ne concerne pas chacun des partenaires. Ils placent le couple dans une situation d'échange. Forts de cette pensée, ils fonctionnent eux-mêmes en couple.

La thérapie se fait donc avec 4 personnes. Le premier entretien, préliminaire, est très important: ils replacent la sexualité dans son contexte physiologique. Ils évitent de représenter l'acte sexuel comme un but à atteindre, car cela confronterait le patient à trop d'angoisse.

Puis ils restituent à la sexualité le ressenti sensoriel. L'anamnèse (histoire de la maladie) est demandée dès ce premier entretien. Ils se renseignent aussi sur le niveau d'éducation du patient, ses convictions religieuses et morales, ses premiers jeux et expériences sexuelles.

Notons qu'une personne dépressive peut reporter sur la sexualité ses divers problèmes : le soin portera alors sur la dépression.

Motifs de consultation chez l'homme

L'éjaculation précoce. Définition : "est éjaculateur précoce tout homme qui, dans 50% de ses rapports, se retire avant d'avoir satisfait sa compagne".

C'est souvent un mécanisme d'évitement. Dans de tels couples la femme a elle-même généralement des problèmes. Ce sont des femmes dites "castratrices", ou bien des femmes qui considèrent la sexualité comme un devoir conjugal (leur narcissisme d'intérieur est plus important que leur épanouissement sexuel).

Le traitement abordera 2 aspects:

un aspect technique comportemental qui apprend à l'homme à retarder son éjaculation, avec concentration sur les sensations, relaxation globale etc...

et un aspect relationnel qui incitera l'homme à être non-plus spectateur de son échec mais spectateur de la jouissance de sa femme.

Ils restaurent la communication dans le couple, car bien souvent ce sont les conséquences plus que l'éjaculation précoce qui perturbent la partenaire.

L'absence d'éjaculation. Il y a érection sans éjaculation (ne pas confondre avec l'impuissance). Anamnèse: influence d'une mère abusive, importance de la religion, manque d'intérêt pour la partenaire, phobie d'avoir un enfant...

L'impuissance. C'est l'absence totale d'érection.

On parle d'impuissance primaire quand il n'y a jamais eu de rapports satisfaisants. C'est alors un phénomène typique de blocage dû à la religion, à la morale, à une mère trop abusive, ou encore à des phénomènes d'homosexualité non-assumée.

On parlera d'impuissance secondaire s'il y a eu des rapports satisfaisants. On considère comme impuissant secondaire l'homme qui échoue dans 25% de ses tentatives.

Avant que ne commence la thérapie a lieu une recherche physique et hormonale. Ensuite, on tente d'éviter que l'homme ne se cristallise sur ce problème. Il y aura alors restauration de la communication, redécouverte des stimuli érotiques.

Très souvent, c'est dû à une infériorité par rapport à la femme. Les progrès sont très lents mais la réussite est définitive.

Motifs de consultation chez la femme

La frigidité (ou dysorgasmie) : il faut distinguer les troubles du désir, ceux du plaisir et enfin ceux de l'orgasme. Il y a frigidité quand il y a trouble dans ces trois domaines.

L'absence de désir peut être vis à vis de la sexualité, vis à vis des hommes ou vis à vis de cet homme-là.

Dans la frigidité, il y a 10% des cas où l'orgasme, même auto-érotique, est absent: il s'agira alors très souvent de patientes hystériques. Il faut aussi déterminer la nature de la demande: est-ce pour guérir d'une souffrance psychique, pour se conformer à une norme sociale, ou est-ce dû à la peur d'un

divorce? Il faut connaître aussi le rôle du partenaire dans cette frigidity, car il se peut qu'il provoque des phénomènes de sabotage de la thérapie.

Le travail se fera par une information sur la vie sexuelle et le corps féminin. Verbalisation des sensations. Au niveau du couple il y a souvent un conflit de pouvoir.

Il convient alors de définir pourquoi ce conflit se révèle dans la sexualité. Il y a tout un travail de déculpabilisation à effectuer, avec une reconstruction de l'image du corps.

L'apareunie (ou vaginisme) : c'est une contracture réflexe involontaire et douloureuse des muscles constricteurs de la vulve, rendant impossible toute intromission.

C'est l'exemple parfait d'un trouble psychosomatique, et en l'occurrence la traduction d'un fantasme de viol sado-masochiste.

Il y a une phobie de la pénétration avec l'impression d'être déformée par le sexe masculin. La sexualité est vécue très agressivement. Néanmoins, la libido est intacte; c'est donc un trouble de l'agressivité. Il y a souvent rationalisation de la douleur en croyant le vagin trop étroit.

Anamnèse: conformisme religieux, éducation très spécifique et maternelle, avec des discours sur les mauvais hommes.

Dans 50% des cas les maris sont eux aussi perturbés (éjaculateur précoce, problèmes sexuels divers). Les maris peuvent aussi être énergiques et virils, vivant la sexualité

comme un champ de bataille. Il y a aussi des couples qui ont établi une relation d'ordre fraternel.

La dyspareunie : ce sont des douleurs sans contractures vaginales, pouvant apparaître jusqu'à deux jours après le rapport. C'est un trouble de la sensation.

La douleur est telle qu'elle peut empêcher tout rapport sexuel. Ce sont en général des femmes mal traitées, mal aimées. C'est leur façon de dire leur hostilité.

C'est aussi un moyen de pression sur le mari. Se rencontre chez des couples obsessionnels, chez les femmes ménopausées... Le traitement nécessite une psychanalyse plus une éducation sensorielle.

Perversions sexuelles

Définition : la perversion sexuelle fut d'abord un péché religieux. Puis la loi l'a punie et la sanctionne encore.

Actuellement, la psychanalyse en a fait une maladie.

"L'enfant est un pervers polymorphe" S. Freud. **C'est à dire que l'enfant explore ces formes partielles de sexualité auxquelles se fixe l'adulte pervers.** La perversion est une conduite pathologique qui dévie la pulsion sexuelle soit de son Objet naturel, soit de son but naturel. Il y a perversion quand il y a orientation permanente et exclusive.

Différence entre perversion et perversité

- Perversion : se dit d'une aberration sexuelle permanente.
- Perversité : conduite occasionnelle et épisodique chez des sujets dits normaux (dans la norme).

On parle aussi de perversion sociale dans les cas de délinquance, d'agression de groupe, de proxénétisme, de boulimie....

COMMENT ABORDER UN TROUBLE DE LA SEXUALITE ?

Alors que l'infertilité amène très rapidement la femme ou le couple à consulter, la consultation du praticien pour une dysfonction sexuelle est encore un tabou et constitue rarement le motif principal de la consultation en gynécologie. Le sujet est le plus souvent abordé à la fin de la consultation et il faut éviter de répondre : « nous en reparlerons une prochaine fois » ou « cela va s'arranger avec le temps ».