

Étude exploratoire des signifiants sexoanalytiques du vaginisme primaire : un cas clinique

par Marie José Valois

Sexologue clinicien et psychothérapeute à Drummondville au Québec. Membre de l'association des sexologues du Québec.

Résumé

Cette étude vise à explorer les significations sexoanalytiques du vaginisme primaire à travers la présentation d'un cas clinique. Elle s'attarde plus spécifiquement au sens que le vaginisme peut prendre dans l'organisation intrapsychique de la femme vaginique. À cette fin, elle a choisi de voir le vaginisme sous l'angle d'un symptôme qui transmet de l'information sur des causes plus profondes. Des liens sont ainsi faits entre le vaginisme et la genralité, la sexualité et le rapport à l'autre sexe. Cette étude vise ainsi à mettre en lumière l'étiologie et l'historique du vaginisme. Nos résultats tentent à démontrer que le vaginisme permettrait à ces femmes de se protéger contre des anxiétés liées à leur féminité, leur sexualité et leur rapport à l'homme. Une inaptitude à investir la complémentarité sexuelle et à créer une intimité affective, corporelle et génitale avec l'homme a été soulevé chez elles. De plus, ces femmes auraient de la difficulté à codifier érotiquement les différences sexuelles. On s'est aussi intéressé aux bénéfices conscients et inconscients du vaginisme primaire. Cette étude est basée sur l'expérience clinique auprès d'une femme souffrant de vaginisme primaire généralisé. Les résultats ont été recueillis par des entretiens cliniques durant une période de huit mois, soit 52 séances. L'analyse du matériel s'est effectuée à l'aide du modèle sexoanalytique. Enfin, cette étude a tenté d'enrichir la compréhension clinique du vaginisme primaire et de soulever certaines pistes d'intervention clinique afin de mieux intervenir auprès de cette clientèle.

Mots clés: vaginisme, coïtalgie, genralité, sexuel, sexoanalyse, fantasmatique, onirique, signification, défense

Introduction

On pense généralement que le terme vaginisme fut utilisé pour la première fois par le gynécologue américain Sims vers 1896. Il fut le premier à en décrire les symptômes lors d'une réunion à Londres de la Société d'Obstétrique en 1861. Des références plus tardives furent faites par Havelock Ellis, médecin britannique spécialement intéressé par des recherches sur la sexualité en liaison avec un cas étudié en 1896. Freud, qui contribua grandement à la compréhension de la sexualité, portait plus davantage son attention à la psychologie et la sexualité masculine. Il introduisit le concept de l'association de l'esprit (psyché) et du corps (soma), ce qui donna naissance à la psychosomatique (Harrison, 1996).

Le vaginisme est vu comme un phénomène psychosomatique dû à une peur profonde et à l'anxiété. Il fallut attendre la fin des années 1960 pour que le vaginisme soit identifié comme pouvant être traité et ceci fut possible grâce aux travaux de Masters et Johnson (Harrison, 1996). Le vaginisme n'est pas un défaut physique, ni une maladie. C'est un état émotionnel dans lequel les causes psychologiques se manifestent par une réponse physiologique. Le vaginisme s'accompagne souvent d'un sentiment de honte, ce qui explique pourquoi les femmes vaginiques et leurs partenaires souffrent en silence et sont réticents à exposer leurs

problèmes. Nous vivons dans une société qui associe sexualité et pénétration et par conséquent, les couples trouvent extrêmement difficile d'admettre qu'ils ne sont pas capables de faire ce qu'ils imaginent que d'autres font naturellement. C'est souvent le désir d'enfant qui poussent ces couples à venir chercher de l'aide.

Ce rapport d'activité portera sur le vaginisme primaire psychogène à partir d'une lecture sexoanalytique. Dans la première partie, on trouvera la problématique suivi du cadre théorique qui présente la recension des écrits ainsi que le modèle théorique et thérapeutique à la base de notre étude, la sexoanalyse. Par la suite, sera présentée la méthodologie utilisée ainsi que les considérations déontologiques. La deuxième partie du rapport portera sur le cas clinique étudié par la présentation des données cliniques et enfin, une discussion des résultats.

Chapitre 1 : problématique

Selon Trudel (2000), les études d'envergure portant sur le vaginisme sont plutôt rares. De fait, les femmes consultant pour ce trouble sont moins nombreuses que pour d'autres problèmes sexuels. Ainsi Masters et Johnson (1970) rapportent l'observation de seulement 29 cas en 11 ans. Nous ne connaissons pas la prévalence du vaginisme dans la population en général (Nathan, 1986). Selon Catalan (1990), le vaginisme serait présent chez 12 à 14% des femmes parmi les couples référés à une clinique de dysfonction sexuelle de l'Angleterre. Il nous est permis de supposer que la fréquence de ce trouble est en réalité plus élevée. Toutefois, une grande majorité de ces cas feraient appel aux gynécologues étant donné la manifestation hautement physiologique de ce trouble psychologique.

Selon les études américaines, 10 à 15% des femmes rapportent des douleurs coïtales régulières; cependant ces études ne font pas de distinction entre la dyspareunie et le vaginisme. (Reissing et al., 1999). Puisque la plupart des études portent généralement sur l'ensemble des douleurs coïtales, il nous est difficile de bien cerner des distinctions propres aux cas de vaginisme. Toujours selon Reissing et al. (1999), chaque nosologie est problématique considérant le manque de critères diagnostics bien développés et clairs ainsi que le manque de données empiriques pour supporter ces critères. Aucune étude publiée n'a examiné la validité du vaginisme en tant qu'entité de diagnostic ou a exploré la fiabilité du diagnostic.

L'évaluation exacte des désordres sexuels douloureux est un défi sérieux pour les cliniciens. Selon Lankceld, Brewaeys et Kuile (1995), l'évaluation du vaginisme met en lumière une anxiété associée à la pénétration qui se traduit par le réflexe de fermeture de la musculature du tiers inférieur du vagin. L'excitation et l'orgasme sont possibles si aucune pénétration vaginale n'est anticipée. Pour les cas de dyspareunies, nous pouvons suspecter un lien avec un problème d'excitation et de lubrification. Il est fréquent de voir s'installer un vaginisme secondaire chez la femme ayant une dyspareunie suite à des expériences de pénétrations douloureuses, d'où la complexité d'une évaluation exacte.

Dans cette étude, le vaginisme sera défini tel que présenté dans le DSM-IV, soit:

Une contraction involontaire, répétée, persistante, des muscles périnéaux qui entourent le tiers externe du vagin, en cas de tentative de pénétration par le pénis, le doigt, un tampon ou un spéculum. L'affection n'est pas mieux expliquée(...) " par une dysfonction sexuelle" et n'est pas due exclusivement aux effets physiologiques directs d'une affection médicale générale. Chez certaines femmes, la simple anticipation d'une pénétration vaginale peut déclencher un spasme musculaire. La contraction peut aller de légère, responsable d'un certain resserrement et d'une certaine gêne, à sévère, empêchant la pénétration. (p. 602-604)

La classification du DSM-IV repose essentiellement sur la présence de la contracture musculaire comme critère de diagnostic. On doit spécifier que la contracture elle-même n'est pas douloureuse, c'est plutôt lorsqu'il y a tentative de pénétration que la douleur est ressentie. Dans la classification du DSM-IV, le rôle de la douleur n'est pas retenu comme

caractéristique prédominante du vaginisme comme dans d'autres classifications. En fait, dans la classification du ICD-10 le vaginisme fait partie des désordres de la douleur mais son rôle dans le diagnostic demeure ambigu. De même, le vaginisme psychogène est mentionné mais non-décrit. La classification qui met en évidence la douleur comme critère essentiel au vaginisme est le ACOG (Reissing et al., 1999).

L'évaluation clinique permet de définir différentes caractéristiques du vaginisme. Il peut être généralisé ou situationnel, de tout temps (primaire) ou acquis (secondaire). Les auteurs qui traitent du vaginisme lui reconnaissent différentes causes organiques, citons les plus fréquentes: anomalie hyménale, hymen rigide, atrophie vaginale, absence de vagin, infection au col, utérus inversé, vulvo-vaginites, lésions ou infections vaginales, endométriose, douleurs pelviennes chroniques, etc. (Badeau, 2000; Reissing et al., 1999).

Nous avons choisi de limiter notre recherche au cas de vaginisme primaire psychogène où les causes organiques sont éliminées; primaire donc présent depuis toujours, et généralisé où aucune pénétration n'est possible tout cela afin de mieux cerner les facteurs distinctifs du vaginisme.

Comme le mentionne Reissing et al. (1999), il n'existe aucun système de diagnostic gynécologique officiel pour le vaginisme. Toutefois, on note généralement que le diagnostic de vaginisme est porté après un examen gynécologique qui mettra en lumière le spasme involontaire de la musculature du tiers inférieur du vagin, et l'impossibilité d'intromission d'un doigt ou du spéculum. Certains auteurs croient que la validation par un examen gynécologique n'est pas souhaitable trop tôt dans le traitement (Reissing et al., 1999).

D'un point de vue comportemental, le vaginisme s'explique principalement par une réponse conditionnée, par l'association de la pénétration avec divers stimuli aversifs reliés à la sexualité.

Cette association peut s'effectuer tant en réalité (maladie physique et douloureuse de la région pelvienne, expériences sexuelles désagréables, etc.) qu'en imagination (éducation sexuelle trop sévère, ignorance sur la sexualité entraînant la peur de blessures, conceptions religieuses trop sévères, cognitions négatives liées à la sexualité, etc.). (Trudel, 2000, p. 37)

La littérature abonde dans le sens des thérapies de type comportemental où le vaginisme est vu sous l'angle d'une phobie et traité en ce sens. Selon Silverstein (1989), les cliniciens ont eu tendance à outrepasser les facteurs historiques et étiologiques menant au vaginisme puisque les sexothérapies comportementales sont supposément hautement efficaces dans le traitement du vaginisme.

En effet, la recension des écrits proposée par Reissing et al. (1999) montre des taux de succès élevés dans le traitement du vaginisme par des méthodes comportementales allant de 100% de succès (Barnes, 1986), à environ 72% de succès (Duddle, 1977), pour 69% de succès total (Harrison, 1996). O'Sullivan et Barnes (1978) mentionne que 52% des vaginiques traitées ont retrouvées une sexualité normale. Selon l'étude de Hawton et Catalan (1990), après 3 mois, dans 61% des cas, le vaginisme était résolu et 26% largement amélioré. Ces statistiques démontrent une efficacité élevée du traitement comportemental dans les cas de vaginisme. Toutefois, on ne retrouve pas les critères détaillés qui permettent de justifier ces succès outre le fait que la pénétration vaginale par le pénis est possible. Le manque de critères clairs et définis rend difficile l'évaluation du degré de changement en raison du manque de validité. Cette conception diminue également la sexualité à la simple fonction de pénétration outrepassant les critères plus subjectifs comme le désir ou le plaisir. Peut-on croire que le problème est résolu dans la mesure où la femme est capable d'être pénétrée?

Pour sa part, Silverstein (1989) considère le vaginisme comme une réaction chez les femmes qui leur permet de se protéger contre quelque chose qui est perçu comme menaçant, tant sur le plan sexuel que sur le plan de l'intimité en général.

La pertinence de notre étude vise à identifier les causes plus lointaines du vaginisme primaire. Nous souhaitons mieux comprendre les caractéristiques de ces femmes qui ont développé un vaginisme plutôt qu'une autre dysfonction sexuelle? Dans quelle mesure le vaginisme peut-il être un mécanisme de protection? Finalement, comment aider ces femmes pour qui le traitement cognitivo-comportemental n'a pas permis d'éliminer le vaginisme? Au cours de notre étude, nous avons voulu voir le vaginisme dans une perspective plus globale, comme un symptôme qui nous transmet de l'information sur des causes plus profondes, comme un acte créatif de survie et de protection. Comme le mentionne Harrison (1996):

Vaincre le vaginisme n'est pas seulement être capable de supporter sans grande douleur ni angoisse une pénétration complète pendant l'acte sexuel, c'est aussi se comprendre soi-même en tant que femme ainsi qu'appréhender ce que cache la résistance du corps à l'acte sexuel, ce que ce «non» signifie et ce qu'un «oui» pourrait entraîner. (Harrison, 1996, p. 224).

Enfin, on croit que dans les cas de vaginisme psychogène primaire, étant vus comme malins, la sexoanalyse, comme modèle théorique et clinique, viendra enrichir notre savoir et permettre de nouvelles avenues.

Chapitre 2 : Contexte théorique

On trouvera dans ce chapitre l'état des connaissances sur le vaginisme primaire comprenant la recension des écrits ainsi que la présentation du modèle théorique et clinique qui appuie notre recherche, la sexoanalyse.

2.1 État des connaissances

2.1.1 Définitions du vaginisme

Cette section présentera les diverses définitions du vaginisme sous l'angle de trois grandes conceptions: les approches de type comportemental, les approches de type analytique et la sexoanalyse.

2.1.1.1 Les approches de type comportemental: une association conditionnée

Le terme vaginisme sera, pour Masters et Jonhson (1971), principalement réservé pour désigner le spasme vaginal. Il sera vu comme une réaction somatique des muscles périvaginaux. C'est en effet dans le rapport qui unit la réponse musculaire et la situation de pénétration que se situerait la problématique propre au vaginisme. C'est à cette articulation qu'intervient le facteur psychologique. Toutefois, les auteurs apportent peu éléments descriptifs pour étayer les composantes psychologiques du vaginisme. Pour ces auteurs, les circonstances susceptibles d'avoir joué un rôle dans la formation du vaginisme sont des événements traumatisants directement liés à la pénétration: pénétration par contrainte, viol, prostitution, dyspareunie. Pour ce qui est des circonstances extra-coïtales qui rendent l'activité sexuelle conflictuelle: le conformisme religieux et l'homosexualité.

Ces chocs émotionnels ou physiques liés à la pénétration auraient provoqué une réaction physiologique normale de défense: la contraction musculaire. Par la suite, elle devient une réponse conditionnée. Un processus presque mécanique de cause à effet. Bien qu'on puisse comprendre cette logique étiologique, certaines questions demeurent sans réponses. Pourquoi certaines femmes ayant connu de tels traumas ne développent-elles pas de vaginisme ou développent-elles une autre dysfonction?

Masters et Jonhson (1971) élargissent et précisent leur conception du vaginisme lorsqu'ils décrivent le comportement de leurs patientes lors de l'examen gynécologique: «Elles se glissent vers l'arrière de la table gynécologique et leurs cuisses se resserrent devant la

menace... Il arrive parfois que toutes ces réactions de défense se produisent à la simple idée d'un examen» (p. 235) Le vaginisme devient un comportement corporel global de retrait/défense dans une situation anxiogène. Cette description comportementale a l'avantage d'englober des éléments somatiques et des processus psychologiques (considérer la pénétration comme une menace).

Caird et Wincze (1977) définissent le vaginisme en tant que psychologues du comportement. C'est un problème sexuel qui atteint un certain nombre de femmes «incapables d'avoir des relations sexuelles et incapables de supporter d'être pénétrées» (p. 17). Ils décrivent le vaginisme à partir de trois paramètres: 1) les réactions physiologiques de la femme lors de la pénétration: «Whenever the husband attempts to insert penis, their pelvic muscles contract...»; 2) les conséquences de ces réactions sur le coït: «... making penetration impossible...»; 3) et ce que les femmes éprouvent lors de cette expérience: «... if entry is forced, pain is so extreme that withdrawal is necessary».

De là, ils distinguent deux types de femmes vaginiques: celles qui sont incapables de supporter toute forme de pénétration vaginale: doigt, tampons, pénis; et celles qui peuvent supporter diverses formes de pénétration, exception faite du pénis. Celles-ci souffriraient d'une sorte de «phobie» du pénis. Dans les deux cas, l'intolérance serait associée la plus souvent à la «peur d'être blessée» durant la pénétration. Ces auteurs cherchent à savoir quand et comment s'est installée cette peur irrationnelle. Dans la plupart des cas, la peur et la réaction vaginale semblent s'être fixées en réponse conditionnée suite à une situation traumatisante: traumatismes infantiles, dyspareunie, etc. Ils postulent qu'en dehors de ces repères, événements bien précis, on entre dans le domaine des hypothèses étiologiques invérifiables. Ils sont donc confrontés à des situations où il ne semble pas y avoir d'événements dans la vie de la cliente qui expliqueraient, directement ou indirectement, leur incapacité à supporter la pénétration. Ils concluent simplement à une «étiologie obscure», sans apporter d'autres hypothèses explicatives. Ils ne s'intéressent en aucune façon aux mécanismes inconscients qui peuvent avoir contribué à la genèse du vaginisme. Ils attirent plutôt l'attention sur le fait que, même sans explication satisfaisante, il suffit de constater la présence de l'anxiété actuelle et de travailler à l'éliminer par des techniques de relaxation et une désensibilisation systématique.

Kaplan (1974) reprend pour l'essentiel la définition du vaginisme élaborée par Masters et Johnson où le terme vaginisme désigne la contraction spasmodique involontaire des muscles qui circonscrivent l'orifice vaginal. Cependant, Kaplan porte une attention particulière à l'aspect psychologique du comportement des femmes qui consultent pour vaginisme. Elle signale que le vaginisme est habituellement accompagné d'une phobie du coït. Cette phobie peut avoir précédé ou suivi le spasme, mais elle constitue habituellement une des composantes essentielles du symptôme.

Après avoir ainsi distingué le vaginisme (spasme) de la phobie (peur) de la pénétration, elle examine la dynamique qui les relie et les maintient l'un à l'autre au niveau comportemental, auquel le vaginisme constitue une réponse d'évitement soustrayant momentanément la femme à l'angoisse et à la détresse suscitée par la pénétration. Dans le répertoire des réponses d'évitement possibles, le spasme vaginal se présenterait comme l'ultime moyen de se soustraire à une pénétration inévitable. En rendant la pénétration impossible ou douloureuse, le spasme conserve, confirme ou même augmente le caractère menaçant de la pénétration. Il devient alors une réponse opérante (Kaplan, 1974).

Kaplan (1974), adoptant le point de vue comportemental qui associe le vaginisme à un réflexe conditionné plutôt qu'à un symptôme hystérique de conversion, met en doute la pertinence de l'interprétation psychanalytique qui fait remonter les causes du vaginisme à une envie du pénis, à une hostilité inconsciente envers l'homme, doublées d'un désir de le castrer. «Même si ce point de vue offre un intérêt théorique certain, estime-t-elle, la signification inconsciente

du trouble s'avère d'une importance limitée» (p. 326) pour le traitement du vaginisme. L'auteur ajoute:

Tout stimulus néfaste associé au coït ou à la pénétration est susceptible d'aboutir à cette réaction (le vaginisme) que cette association soit réelle ou imaginaire, consciente ou inconsciente. (p. 328).

Les facteurs qui peuvent jouer ce rôle de stimulus sont très nombreux et très diversifiés, allant de la douleur physique ressentie lors des rapports sexuels à l'ignorance des phénomènes physiques de la réponse sexuelle et de l'accouchement, en passant par les sentiments de culpabilité, les conflits névrotiques inconscients, la hantise d'une blessure infligée par le pénis, etc. Kaplan constate aussi des cas où il est impossible de déceler l'existence de traumatismes ou de conflits psychiques bien définis» (p. 329), ce qui laisse supposer soit qu'il n'y en a pas, soit que l'approche sexologique ne les décèle pas.

Cette diversité l'amène à distinguer deux niveaux étiologiques: celui des causes immédiates dites spécifiques où la pénétration fait directement l'objet de l'association pénible: pénétration/douleur, pénétration/peur/angoisse; celui des causes lointaines qui, elles, n'offrent pas de caractère spécifique sinon celui d'avoir contribué à l'association pénible. D'ailleurs ces causes lointaines (dans le temps et la conscience) ne seront prises en considération que si elles font obstacle au processus de désensibilisation (p. 329).

Poudat (1992) abonde dans le même sens en affirmant que selon l'approche comportementale, le vaginisme est vu comme une phobie de la pénétration qui est renforcée par l'anxiété ou la peur. Le vaginisme serait une association entre le coït et une expérience douloureuse ou effrayante.

Pour leur part, Kennedy, Doherty et Barnes (1995) ont étudié le vaginisme primaire sous l'angle d'une étude psychométrique des deux partenaires. Cette étude a tenté d'explorer les profils de personnalité d'un groupe de femmes vaginiques et de leurs partenaires, qui ont entrepris une thérapie pour problème de vaginisme primaire. Les 18 couples inscrits au programme ont complété divers questionnaires et instruments psychométriques. Les femmes ont démontré un niveau d'estime personnelle plus bas que leurs partenaires. Le traitement consistait en une psychothérapie individuelle de chaque partenaire combinée avec une désensibilisation in vivo et une rééducation du comportement sexuel. La conclusion qui en est tirée est qu'il peut y avoir une psychodynamique plus subtile en opération que ce que les premières études avaient pris en considération, même dans les cas de succès techniques.

La littérature au sujet de l'efficacité des thérapies de groupe pour le traitement des dysfonctions sexuelles est limitée. Une recension des écrits suggère que le milieu des thérapies de groupe puisse procurer des facteurs de guérison. Sept femmes qui ont reçu un diagnostic de vaginisme primaire et/ou vaginisme secondaire à une dyspareunie, et qui possèdent toutes un historique d'échec lors de traitements précédents, ont été invitées à participer à une expérience de thérapie de groupe d'une durée de vingt semaines. Pendant quinze sessions, les femmes se sont connues et ont participé au processus thérapeutique du groupe. Elles ont révélé les sentiments qu'elles refoulaient au sujet de leur corps, leur perception du sexe, et de l'effet sur la relation avec le partenaire. Dans les sessions suivantes, elles ont appris la relaxation, des techniques respiratoires et des méthodes de désensibilisation. Les partenaires ont été invités à se joindre au groupe à la 15^{ème} session. Les mesures post-thérapeutiques et le sondage de satisfaction du groupe effectué indiquent des changements positifs pour les couples. Les femmes ont rapporté une diminution significative de la douleur et de l'anxiété sexuelle. Les hommes sont devenus plus compréhensifs et patients avec leurs partenaires, créant une augmentation de la satisfaction générale du couple (Gehring et Chan, 2001).

Dans la majorité des cas, ce problème est une phobie spécifique concernant la pénétration vaginale. Les difficultés de pénétration s'étendent habituellement à la tentative du partenaire

(ou médecin) à introduire un doigt dans le vagin, il y a aussi souvent un historique d'incapacité à utiliser des tampons. Dans la majorité des cas le vaginisme a été présent depuis la première tentative de pénétration. Occasionnellement toutefois, il se produit en tant que problème secondaire quand la fonction sexuelle a été interrompue par un traumatisme vaginal, une infection ou chirurgie (Hawton et Catalan, 1990).

2.1.1.2 Les approches de type analytique

Abraham (1974) distingue différentes catégories de vaginisme: vaginisme primaire, vaginisme secondaire, vaginisme sélectif et finalement, vaginisme ménopausique. Son approche psychologique diffère cependant de celle des écoles américaines. À partir d'une grille d'interprétation empruntée au discours psycho-dynamique, il insère le vaginisme dans le cadre des structures phobiques ou bien des structures hystériques. Même si les manifestations physiologiques du vaginisme sont toujours les mêmes, psychologiquement, le vaginisme ne serait pas toujours de même nature. Selon les cas, il peut être considéré comme une réaction phobique, un réflexe de peur qui empêche la réalisation de l'acte sexuel ainsi que nous l'avons vu définir par Kaplan; un acte symbolique de refus de pénétration ou d'agressivité refoulée peut être aussi un véritable symptôme névrotique de conversion hystérique, où le spasme est alors une défense contre un désir agressif inconscient.

Ward et Ogden (1994, cité dans Ng, 1999) dans leur recherche vont dans le même sens en soulignant que le vaginisme peut être vu comme une défense, une barrière qui permet à la femme vaginique d'être séparée, comme un mécanisme de recul et d'éloignement pour prévenir la fusion à la mère perçue comme contrôlante.

Dans sa recherche sur 22 cas de vaginisme primaire, les données de Silverstein (1989) suggèrent que le vaginisme est un symptôme qui préserve l'intégrité corporelle et les frontières de la femme. Le symptôme est une protection contre une violation de leurs limites ou d'une destruction anticipée. Ainsi, le vaginisme serait vu comme une réaction chez ces femmes qui leur permet de se protéger contre quelque chose qui est perçu comme menaçant, tant sur le plan sexuel que sur le plan de l'intimité en général.

Dans la recherche de Shaw (1994), l'auteur défie l'efficacité du traitement cognitivo-comportemental pour les femmes souffrant de vaginisme primaire, et propose une démarcation conceptuelle entre le focus comportemental et le focus de différenciation. Le vaginisme primaire est vu comme une limite somatique, une description symbolique de l'opportunité pour la différenciation. Pour l'auteur, la compétence sexuelle est basée sur sa propre compétence au lieu du comportement. Une réévaluation de ce qui constitue la réussite, autant comportementale que développementale, suggère une augmentation de la différenciation en plus du soulagement des symptômes. Le vaginisme est ici aussi vu comme une frontière somatique, une limite non-verbale qui permet à la femme de se protéger.

Selon Isabelle (1986), la représentation du vagin chez les femmes vaginiques est réduite à sa fermeture ou suture spastique, se présentant à l'esprit comme une frontière corporelle rigide, solide entre l'intérieur et l'extérieur génital. «Cette représentation vaginale se rencontre avec une telle régularité chez les femmes vaginiques, que nous croyons qu'elle fait partie de leur symptôme» (p. 53).

De l'avis de Harrisson (1996):

Le vaginisme n'est pas un défaut physique, ni une maladie. C'est un état émotionnel dans lequel les causes psychologiques se manifestent par une réponse physique. Il ne s'agit pas tellement d'un problème vis-à-vis de la sexualité sinon de l'intimité d'une femme, de conflit mettant en cause la dépendance et la confiance ainsi que des rapports que cette femme entretient avec son corps. (p. 223).

La théorie psychanalytique classique considère le vaginisme en tant que désordre de conversion causé par un conflit psychosexuel non-résolu dans la jeune enfance. Les femmes vaginiques ont été caractérisées comme étant fixées ou ayant régressées au stade pré-oedipien ou oedipien (Reissing et al., 1999). Abraham (1956, cité dans Reissing et al., 1999) suggère que dans les cas moins sévères, les femmes vaginiques n'ont pas su transférer leur énergie libidinale du père jusqu'au mari. Dans les cas plus sévères, les femmes sont restées fixées sur leur mère et le pronostic est défavorable.

2.1.1.3 La sexoanalyse

Pour la sexoanalyse, le vaginisme est répertorié dans la catégorie des sexoses coïtales. Selon Crépault (1997), les femmes vaginiques présenteraient des difficultés à investir la complémentarité sexuelle, cette aptitude à créer une intimité affective, corporelle et génitale avec l'autre sexe. L'auteur ajoute que :

la capacité de nouer un lien d'intimité affective avec l'autre sexe renvoie non seulement à l'investissement amoureux «tomber en amour», mais aussi à la possibilité de partager son espace intrapsychique avec une personne de l'autre sexe. (p. 105).

Par ailleurs, l'investissement de la complémentarité sexuelle doit aussi passer par la sexualisation, c'est-à-dire l'aptitude à codifier érotiquement les différences sexuelles corporelles et l'agressivité phallique. Cette codification ne serait possible que chez la personne dont la genralité n'est pas source de conflits sérieux, celle qui est exempte d'attitudes phobiques (conscientes ou inconscientes) vis-à-vis du sexe opposé.

On retrouve d'ailleurs chez les femmes vaginiques des composantes phobiques comme le mentionne Crépault (1997):

En règle générale, la vaginique a des composantes phobiques. Il n'est pas rare de retrouver chez elle, en plus, une configuration infantile et des traits hystériques. Sa libido est relativement intacte; bon nombre de vaginiques ont des désirs et des fantasmes érotiques et parviennent à l'orgasme dans un contexte masturbatoire ou relationnel à condition d'être assurées qu'il n'y aura pas de pénétration. (p. 236).

Pour Crépault (1997), «les sexologues contemporains ont tendance à ignorer ou à sous-estimer le rôle des forces inconscientes dans la genèse et le maintien des désordres coïtaux.» (p. 232). Pour accéder à ce deuxième niveau de compréhension, il faut savoir lire entre les lignes, écouter ce qu'il a derrière les mots, aller de l'autre côté du miroir.

Ainsi, l'auteur soupçonne chez la femme vaginique l'appréhension d'une «destruction corporelle et une contamination par le mauvais pénis. Dans certains cas, ces fantasmes sont si prégnants que la femme ferme son territoire génital et devient vaginique. C'est une fermeture au mauvais pénis, mais aussi une protection contre l'homme intrusif et envahisseur» (p. 83). Enfin, le thème de la perte est souvent associé au vaginisme. En fait pour la vaginique, se laisser pénétrer, c'est risquer de perdre quelque chose: perte de l'amour du père et de la mère, perte du rêve d'un amour inconditionnel, perte de la pureté, etc..

En terminant, on a pu voir à travers les différentes recherches que les cas de vaginismes primaires sont étudiés sous deux grandes conceptions. D'une part, les écoles de type comportementale qui associent le vaginisme à une phobie et qui la traitent en ce sens par des exercices de désensibilisation. D'autres part, les écoles plus analytiques qui voient dans le vaginisme un symptôme, un moyen de protection contre des anxiétés plus profondes. Enfin, la sexoanalyse rejoint davantage la conception des approches analytiques tout en se distinguant par sa spécificité sexologique. On a choisi de privilégier cette dernière conception dans l'analyse de la présente étude. Ainsi, la sexoanalyse rejoint l'idée que le vaginisme est souvent marqué par des anxiétés plus profondes. En fait pour la sexoanalyse, il ne suffit pas d'endiguer la phobie du coït et d'éliminer la contracture vaginale, il faut aussi créer une

disponibilité mentale et, encore mieux, une érotisation intrapsychique de la relation coïtale. Pour ce faire, il faut explorer l'inconscient sexuel et les significations du vaginisme dans l'organisation psychique.

2.1.2 Origines et caractéristiques du vaginisme

Cette section présentera une revue de la littérature entourant les origines et les caractéristiques du vaginisme.

2.1.2.1 Histoire familiale et les imagos parentales

Selon Tugrül et Kabakci (1997), le milieu familial des femmes souffrant de vaginisme serait caractérisé par une attitude autoritaire et oppressive de la part des parents. Silverstein (1989), pour sa part, mentionne que le père est dominant et menaçant, plus rarement alcoolique, et qu'il présente parfois des troubles mentaux. Il ajoute aussi que la relation père-fille est caractérisée par de la séduction, de la surprotection, des attentions spéciales et un ensemble de caractéristiques allant dans le sens d'un manque de respect de l'intimité de leur fille, à savoir, une relation ne présentant pas assez de frontières. Pour Abraham et Pasini (1974), des causes possibles du vaginisme seraient une tentative d'inceste durant l'enfance ou l'adolescence ainsi qu'une survalorisation de la virginité.

Tugrül et Tabacki (1997) parlent aussi de ce manque de frontières mais plus particulièrement entre la mère et la fille. En fait, ils notent que pour obtenir une identité féminine bien établie, la fille doit à la fois s'identifier et se séparer du parent du même sexe, mais l'attitude des mères «surintrusives» et manquant de limites claires dans l'identification primaire et la dépendance infantile fait que l'enfant-fille reçoit des messages confus, non-aidants pour comprendre et intégrer les anxiétés associées à la sexualité féminine. Un lien est ainsi fait entre l'image corporelle, la dysfonction sexuelle et l'identité de genre.

Ward et Ogden (1994, cité dans Ng, 1999) dans leur recherche vont dans le même sens en soulignant que le vaginisme peut être vu comme une défense, une barrière qui permet à la femme vaginique d'être séparée, comme un mécanisme de recul et d'éloignement pour prévenir la fusion à la mère perçue comme contrôlante.

Crépault (1997) se distingue en voyant plutôt dans l'immaturité génitale des vaginiques une fonction défensive qui leur permet de conserver l'espoir d'être aimé un jour inconditionnellement par la mère. «Ces vaginiques ne se protègent pas d'un lien comblant qu'elles ont eu avec leur mère; au contraire, elles souffrent fondamentalement d'un vide maternel, et elles se ferment à l'homme pour ne pas être infidèle à la mère promise.» (p. 238).

Pour ce qui est du contexte familial, Silverstein (1989) soulignent que les frères et les sœurs de la femme vaginique sont souvent plus âgés et qu'ils ont des conflits avec les parents. Les relations parentales sont aussi marquées par des conflits fréquents, souvent par la violence. En opposition, la femme vaginique était la «bonne fille» dans la famille, obéissante, incapable d'exprimer sa colère, évitant les conflits, tentant de plaire et ayant un besoin constant d'approbation. Dawkins et Taylor (1961) affirment que les deux partenaires ont peur de l'agressivité. D'ailleurs pour Abraham et Pasini (1974), le vaginisme réglerait un problème d'agressivité plus ou moins dissimulé envers le partenaire accepté en apparence.

Pour ce qui a trait à la sexualité, toujours selon Silverstein (1989), la mère est décrite comme n'aimant pas le sexe et considérant cette activité comme une obligation. Il ajoute que les parents font souvent chambre à part.

2.1.2.2 Histoire personnelle et sexuelle

La femme souffrant de vaginisme peut être capable d'excitation, de lubrification et d'orgasme en dehors de la pénétration (Fliegelman 1990). Dans le même sens, Hawton et Catalan (1990), rapportent que dans 90% des cas selon leur recherche, les femmes ont déjà connu l'orgasme, soit durant la masturbation, soit durant des activités sexuelles non coïtales avec un partenaire. Comme le souligne Isabelle (1986), les femmes vaginiques ont remplacé la pénétration par d'autres pratiques sexuelles pour lesquelles elles se prêtent souvent avec beaucoup d'aisance et même en éprouvant du plaisir tout en se gardant vigilantes. Dans la majorité des cas, ce problème est une phobie spécifique concernant la pénétration vaginale. Les difficultés de pénétration s'étendent habituellement à la tentative du partenaire (ou médecin) à introduire un doigt dans le vagin, il y a aussi souvent un historique d'incapacité à utiliser des tampons. Dans la majorité des cas le vaginisme a été présent depuis la première tentative de pénétration (Hawton et Catalan, 1990).

La recherche de Tugrül et Kabakci (1997) montrerait plutôt que les femmes qui souffrent de vaginisme évitent les relations sexuelles et ne sont pas très sensuelles durant l'activité sexuelle.

Dans une étude de Hawton et Catalan (1990), on observe que 27% des femmes ont des croyances religieuses très fortes. Masters et Jonhson (1970) abondent dans le même sens en affirmant que l'orthodoxie religieuse est un des facteurs étiologique primaire du vaginisme.

Pour ce qui a trait aux abus sexuels, Hawton et Catalan (1990) mentionnent que 7% des vaginiques ont une histoire d'abus sexuels. Il semble que le fait d'expérimenter ou d'être témoin d'un traumatisme sexuel est un facteur causal dans le développement du vaginisme (cité dans Reissing et al., 1999; APA, 1994; Biswas et Ratnam, 1995; DeMoor, 1972). Toutefois, dans les études avec groupe contrôle, aucune différence significative n'a été notée pour ce qui est de la prévalence des abus sexuels (cité dans Reissing et al., 1999; Barnes, 1986; Hawton et Catalan, 1990; O'sullivan, 1969). Dans une étude de Basson (1996, cité dans Reissing et al., 1999), la prévalence pour l'abus sexuel chez les femmes vaginiques étant en fait plus basse que celle de la population générale.

Les cognitions qui caractérisent ces femmes sont que les hommes ont besoin de sexe, les organes génitaux sont sales et dégoûtants, et que l'acte sexuel est vu comme sale et humiliant mais nécessaire à la procréation. Enfin, la plupart rapportent avoir eu peu ou pas d'éducation sexuelle (Silverstein, 1989).

Par contre, dans la seule étude contrôlée, Duddle (1977, cité dans Reissing et al., 1999) a découvert aucune différence dans le niveau d'éducation sexuelle entre un groupe de femmes vaginiques et un groupe de comparaison constitué de femmes visitant une clinique de contraception.

2.1.2.3 Facteurs relationnels et caractéristiques du partenaire

Hawton et Catalan (1990) mentionnent que dans 13% des couples, le partenaire masculin avait aussi un problème sexuel. La plupart des couples étaient inexpérimentés: 58% des hommes et 87% des femmes n'avaient jamais eu de relations sexuelles et qu'en comparaison des couples avec d'autres dysfonctions féminines, ces couples ont une meilleure relation conjugale.

Dans leur recherche, Tugrül et Kabakci (1997) ont étudié 40 couples ayant rempli plusieurs questionnaires; ils notent que les femmes vaginiques la perçoivent leur conjoint comme non-fiable.

Selon Silverstein (1989), les femmes souffrant de vaginisme décrivent leur partenaire comme passif et ayant peur de l'agressivité. Crépault (1997) ajoute que la vaginique est ordinairement très sélective dans le choix de ses partenaires sexuels; elle aura tendance à choisir «un homme très doux, sans agressivité phallique, un homme qui pourra se faire complice de son

vaginisme parce qu'il doute lui même de sa puissance coïtale.»(p. 236). Toutefois, lorsque les caractéristiques de personnalité des partenaires masculins sont comparées empiriquement avec le groupe contrôle, il n'y a pas de différence significative qui a été établie (Duddle, 1977).

Dawkins et Taylor (1961) vont dans le même sens en affirmant que le partenaire joue un rôle majeur dans le maintien des symptômes. Ils sont passifs, dépendants, trop attentionnés, ayant peur de l'agressivité et sont impliqués dans une collusion inconsciente avec leur femme.

Pour Abraham (1974), le vaginisme réglerait un problème agressivité plus ou moins dissimulé envers le partenaire accepté en apparence. La pénétration réelle ou imaginaire est le moment où s'actualise les conflits d'agressivité. Quant aux causes qui ont pu contribuer à la formation du conflit, Pasini (1974) ne les élaborent pas de façon systématique; il signale cependant: «une façon de vivre la relation sexuelle comme une bataille des sexes, avec l'angoisse que la féminité soit un indice de faiblesse et de passivité» (p. 141); et «une impossibilité d'arriver à vivre une relation sexuelle adulte avec un partenaire que l'on considère comme un frère et dans laquelle la dépendance envers le père est souvent importante» (Abraham et Pasini, 1981, p. 37).

Enfin, selon Masters et Jonhson (1971), le vaginisme sera traité dans et par le couple. Ainsi, la présence du partenaire sera requise à toutes les étapes du traitement. Par contre, Caird et Wincze (1977) ne font pas du vaginisme un problème relationnel de couple, mais nettement un problème sexuel féminin.

2.1.2.4 Connaissances anatomiques et lien au corps

On note avec une telle régularité chez les femmes vaginiques, une ignorance que certains qualifient de «surprenante» quant à l'anatomie génitale (Abraham et Porto, 1978; Kaplan, 1974; Isabelle, 1986). Kaplan élargit cette constatation au couple en mentionnant que «le couple est souvent d'une ignorance en ce qui concerne l'anatomie des organes sexuels féminins.» (p. 332).

Abraham et Porto (1978) insistent sur la nécessité, en cour de diagnostic, d'interroger cette «ignorance surprenante». L'objectif visé n'est pas seulement de faire comprendre à la femme comment fonctionne son vaginisme, mais de lui permettre une reconnaissance de son propre corps et aussi de modifier, si nécessaire, la représentation qu'elle se fait de son sexe. Dans leur traitement, ils utilisent des exercices de type gestaltique qui favorisent la présence d'image mentale en incitant la cliente à s'imaginer entière avec toutes les parties de son corps, y compris son vagin.

Isabelle (1989) soulève un questionnement intéressant lorsqu'elle affirme que ... malgré la large diffusion de l'information sexuelle et des efforts de conscientisation du mouvement féministe, je me retrouvait souvent devant des clientes «informées», dont le niveau de scolarité ou la profession (ex. infirmière) laissaient supposer un bagage suffisant de connaissances anatomiques et physiologiques. Pourtant, hormis le fait qu'elles me disaient presque toutes qu'elles se considéraient trop «petites» ou encore qu'il y avait quelques chose de physique qui empêchait le coït, la plupart d'entre elles ne semblaient rien savoir de plus. (p. 64).

Ainsi, la régularité avec laquelle cette ignorance se rencontre chez les femmes vaginiques, son maintien, même en présence de connaissance théoriques appropriées, suggèrent que «nous avons affaire non seulement à une caractéristique du vaginisme, mais bien à un élément intimement lié à sa structure et son dynamisme» (Isabelle, 1989, p. 65).

Selon Tugrül et Tabacki (1997), l'omission ou la mauvaise appellation des parties génitales féminines par les parents peuvent occasionner un délai dans l'assimilation de la connaissance concernant le vagin et le clitoris, leur localisation et leurs fonctions, spécialement comme

sources potentielles de renforcement agréable par les sensations corporelles. Cette omission ou mauvaise identification peut aussi renforcer les tabous concernant la sexualité féminine. Enfin, la fille, pour grandir et atteindre la maturité, a besoin d'intégrer ses organes génitaux dans sa structure psychique.

Pour ce qui est maintenant de la perception que les femmes vaginiques ont de leurs organes génitaux, la majorité des études montrent que la vaginique perçoit son vagin comme trop petit (Caird et Wincze, 1977; Isabelle, 1986; Hawton et Catalan, 1990; Crépault, 1997; Badeau, 2000).

Silverstein (1989) mentionne que les cognitions qui caractérisent ces femmes sont que les organes génitaux sont dégoûtants et honteux; et que leur hymen doit être endommagé ou brisé (image d'aiguille, de couteau).

Selon Isabelle (1986), pour les femmes vaginiques, leur vagin est réduit à sa fermeture ou suture spastique. Il se présente à l'esprit comme une frontière corporelle rigide, solide entre l'intérieur et l'extérieur génital. L'auteur ajoute que l'ignorance de leur anatomie génitale ne permet pas facilement à ces femmes de pouvoir s'imaginer l'ouverture vaginale, la dilatation et l'expansion de ses tissus et, quand elles le font, c'est avec effroi. Elles n'évoquent pas non plus sans réticence ni même répulsion ce qui a trait à la texture de la vulve, sa mobilité, sa moiteur, sa viscosité, sa fluidité. Ces représentations génitales sont évacuées de la conscience du schéma corporel, sinon elles sont jugées répugnantes ou dégoûtantes (p. 53).

Ce vide imaginaire en ce qui a trait à leur représentation vaginale pourrait laisser penser que sans cette projection d'un sexe fermé et rigide qui refoule l'idée d'un sexe entrouvert, mobile et fluide elles se mesureraient à l'idée de ne rien avoir, du moins vaginalement (Isabelle, 1986, p. 54). L'auteur ajoute que l'on retrouve cette pensée dans la plainte qu'elles font souvent pour justifier leur démarche clinique. Elles ont l'impression qu'il leur manque quelque chose, qu'elles ne sont pas complètes. Bien sûr elles se réfèrent au fait qu'elles ne peuvent avoir de pénétration comme les autres femmes, Nous croyons que ces images verbales sont aussi le support d'une pensée inconsciente concernant le «rien avoir». Le manque ou encore le vide sexuel que l'on peut projeter sur la génitalité féminine, surtout quand celle-ci est imaginée uniquement en fonction du sexe masculin visible et solide (Isabelle, 1986).

Pour ce qui est de la perception du pénis chez les femmes vaginiques, nombre d'auteurs soulignent qu'elle le perçoit comme gros, trop gros, énorme, pouvant même être dangereux et risquer de les blesser (Caird et Wincze, 1977; Isabelle, 1986; Hawton et Catalan, 1990; Crépault, 1997; Badeau, 2000).

Isabelle (1986) note que pour les femmes vaginiques, «le pénis est toujours imaginé en érection, gros, trop gros !» (p. 55). Cette morphologie imposante n'est pas sans représenter l'importance émotionnelle et sexuelle que le pénis peut avoir pour elles. L'auteur amène une nuance intéressante en mentionnant que ce n'est donc pas tant le pénis comme tel qui est rejeté, ni même son érection, mais sa capacité de pénétrer qui ne peut être imaginée comme effraction corporelle. Ce modèle pénien imposant et menaçant nous semble tout aussi lié au vaginisme que l'est le modèle vaginal. Toutefois, selon Crépault (1997), la peur du pénis n'est qu'une conséquence de la conviction profonde de la vaginique d'avoir un vagin trop petit, un vagin immature (p. 238).

Toujours selon Crépault (1997), la femme vaginique se répètera: «J'ai peur d'avoir mal... le pénis est trop gros pour mon vagin, il va me blesser...» (p. 237). La question est de savoir pourquoi la vaginique surtout primaire perçoit son vagin comme si petit, si étroit si inaccessible? Pourquoi perçoit-elle le pénis comme si gros, si destructeur, si mauvais? C'est en amenant la femme à réfléchir sur ces questions qu'on arrive à un deuxième niveau de signification. Elle fait une double déformation de la réalité: son vagin est plus petit et le pénis est plus gros, tellement gros qu'il devient une arme dangereuse pouvant la détruire corporellement. Ainsi l'objet conscient de la peur, c'est un pénis aux dimensions imposantes

comparé à leur vagin, imaginé et jugé trop petit. Le pénis peut les blesser: blessure physique ou symbolique?

2.1.2.5 Traits phobiques: anxiété et peur de la douleur

En parlant de ces femmes vaginiques lors d'un examen gynécologique, Masters et Johnson (1971) disent: «qu'elles se glissent vers l'arrière de la table gynécologique et leurs cuisses se resserrent devant la menace... Il arrive parfois que toutes ces réactions de défense se produisent à la simple idée d'un examen.» (p. 235). Le vaginisme devient un comportement corporel global de retrait/défense dans une situation anxiogène.

La peur de la douleur serait le symptôme plutôt que la cause du vaginisme (Dawkins et Taylor, 1961). Pour Blazer (1964, cité dans Reissing et al., 1999) la peur de la douleur serait une des causes primaires de l'abstinence. Cette affirmation a été appuyée plus récemment par les découvertes de Ward et Ogden (1994, cité dans Reissing et al., 1999) qui soutient que 74% des femmes vaginiques ont rapportées que la peur de la douleur comme une des cause primaire sous-jacente à leur condition.

Pour Reissing et al. (1999), il sera émis comme hypothèse que le manque d'éducation sexuelle de pair avec une identification à une mère non-sexuelle mène à une peur de la douleur et ultimement à un arrêt ou un évitement des relations sexuelles. Une seconde source de peur importante dans le développement du vaginisme serait la culpabilité sexuelle qui résulterait d'un conflit sexuel plus profond menant à son tour à une peur de la punition et une réaction de défense physique encore plus forte selon Ellison (1968 cité dans Reissing et al., 1999)

Dans leur recherche sur le vaginisme, Tugrül et Kabakci (1997) ont étudié 40 couples ayant rempli plusieurs questionnaires. On y note comme caractéristiques principales de ces femmes, un niveau d'anxiété élevé.

Et comme le souligne Ng (1999), la peur de la douleur est la cause la plus commune du vaginisme, mais cela ne veut pas dire qu'elle doit être nécessairement placée comme le symptôme principal. Il poursuit en disant que pour la majorité des femmes, il peut être plus facile de décrire la peur des douleurs génitales que de parler des autres anxiétés plus profondes.

Selon Crépault (1997), le thème de la douleur occupe une place importante dans le discours conscient de la femme souffrant de vaginisme, elle se répète: «J'ai peur d'avoir mal... le pénis est trop gros pour mon vagin, il va me blesser...». La peur de la souffrance physique peut toutefois masquer d'autres anxiétés plus profondes, comme le souligne l'auteur.

2.1.2.6 Fantômes et rêves sexuels

Pour Pasini (1974), le fantasme sous-jacent de la vaginique est de type agressif-sadique. Ce fantasme entrerait en conflit avec le bon-vouloir de la femme de parvenir à l'union et elle réagirait à cette situation par un refus-contraction d'où le spasme vaginal. Pasini ajoutera plus tard que «le fantasme d'intrusion ou de viol est à la base du vaginisme.» (Pasini, 1981, p. 138). Silverstein (1989) note également la présence de rêves de viol chez 63,6% des femmes vaginiques de son étude. Les fantasmes de destruction, de contamination par le «mauvais pénis», d'envahissement, de contrôle sont très présents chez la femme vaginique (Crépault, 1997; Badeau, 2000).

Selon la conception de Dolto (1983), le vaginisme correspondrait à une névrose phobique dont le noyau résiderait dans: «le fantasme précoce du viol éviscérateur par la mère, alors que la petite fille très précocement érotisée, désire le viol trucidant par le père.» (p. 184).

2.1.2.7 Genralité et rapport à l'autre sexe

Pour mieux comprendre l'étiologie du vaginisme, certains auteurs soutiennent que l'on doit se pencher sur les facteurs ayant trait à la genralité (rapport de la femme vaginique à son identité sexuelle, sa féminité) ainsi qu'au rapport à l'autre sexe.

Ainsi selon Tugrül et Tabacki (1997), la fille, pour grandir et atteindre la maturité, a besoin d'intégrer ses organes génitaux dans sa structure psychique. Pour obtenir une identité féminine bien établie, elle doit à la fois s'identifier et se séparer du parent du même sexe, mais l'attitude des mères surintrusives et manquant de limites claires dans l'identification primaire et la dépendance infantile fait que l'enfant-fille reçoit des messages confus, non-aidants pour comprendre et intégrer les anxiétés associées à la sexualité féminine. Un lien est ainsi fait entre l'image corporelle, la dysfonction sexuelle et l'identité de genre.

La vaginique donne souvent des signes d'infantilisme; elle a l'allure d'une petite fille dans un corps de femme. Cela se manifeste entre autres dans son langage, sa gestuelle, son regard, son sourire. S'accrochant désespérément à ses rêves d'enfance, elle se sent incapable d'assumer le rôle de femme adulte; elle ne peut devenir ni une mère ni une amante. Son vagin est celui d'une petite fille, trop petit pour accueillir un pénis si énorme, celui d'un homme adulte (Crépault, 1997, p. 237). Une relation est ici faite entre la genralité et le rapport à l'autre sexe. Pour Harrisson (1996), il ne s'agit pas tellement d'un problème vis-à-vis de la sexualité sinon de l'intimité d'une femme, de conflit mettant en cause la dépendance et la confiance ainsi que des rapports que cette femme entretient avec son corps.» (p. 223).

Crépault (1997) soupçonne chez la femme vaginique l'appréhension d'une «destruction corporelle et une contamination par le mauvais pénis. Dans certains cas, ces fantasmes sont si prégnants que la femme ferme son territoire génital et devient vaginique. C'est une fermeture au mauvais pénis, mais aussi une protection contre l'homme intrusif et envahisseur». (p. 83)

Enfin, pour Pasini (1974), la relation sexuelle serait vue pour les femmes vaginiques comme une bataille des sexes avec angoisse où la féminité est vue comme un indice de faiblesse et de passivité. Au niveau psychologique, le vaginisme peut, à la faveur de mécanismes de refoulement névrotique, représenter un désir agressif inconscient, celui par exemple de s'emparer du pénis et de le garder (Abraham, 1974, p. 231).

En résumé, la pénétration vaginale réelle ou imaginaire mettrait donc la femme dans une situation conflictuelle où s'affronteraient deux motions contradictoires: une agressivité plus ou moins consciente d'une part, et du bon-vouloir d'autre part; ou encore l'impossibilité de se soustraire à la pénétration. La cause immédiate du vaginisme, pour adopter la terminologie de Kaplan, ne serait pas tant l'association pénétration/peur, mais plutôt le fait que la pénétration est le moment et le lieu où s'actualiseraient les conflits soulevés par une agressivité mal assimilée envers le partenaire, ou l'homme et/ou son sexe.

Cette section a présenté l'état des connaissances sur la problématique du vaginisme. On a décrit les origines et les caractéristiques ainsi que les différentes définitions du vaginisme. On exposera dans la section suivante le modèle théorique et clinique à la base de cette étude, la sexoanalyse.

2.2 La Sexoanalyse

La problématique a été étudiée selon le modèle sexoanalytique. Cette approche a pour objectif de favoriser un mieux-être sexuel en éliminant le trouble sexuel et en encourageant le développement d'une plus grande maturité sexuelle. La sexoanalyse est surtout «l'étude de l'inconscient sexuel et de ses répercussions sur l'être sexuel» (Crépault 1997, p. 15). Cette approche reconnaît l'existence de l'inconscient et va plus loin en supposant l'existence d'un

inconscient sexuel spécifique qui est porteur de ses propres lois et de ses propres mécanismes d'action.

2.2.1 Le modèle théorique

La sexoanalyse, élaborée au début des années 1980 par le professeur Claude Crépault, est à la fois une théorie du développement sexuel soutenue par des hypothèses originales et une approche thérapeutique des désordres sexuels d'origine intrapsychique. L'individu est amené à mieux saisir le sens que prend son désordre sexuel dans son économie psychique et à identifier les anxiétés sous-jacentes.

Cette approche regarde l'histoire sexuelle de la personne dans un sens large qui renvoie à trois sphères: la fonction érotique, ce qui constitue une source de plaisir érotique; la genralité, qui réfère à la quantité de masculinité et de féminité dont l'individu est porteur et le rapport à l'autre sexe (Crépault, 1997).

Toujours selon Crépault, la sexualité est un construit psychique. La force de la libido et les directions qu'elle prend dépendent principalement de leurs significations intrapsychiques conscientes et inconscientes chez l'individu. S'il n'y a pas de facteurs organiques, les pulsions sexuelles sont modulées et orientées par des facteurs intrapsychiques. Une prépondérance du psychique sur le biologique et le social est ainsi reconnue (Crépault, 1999).

Comme théorie du développement sexuel, la sexoanalyse postule l'existence d'une féminité primaire aux deux sexes. L'hypothèse de la proféminité de Crépault découlerait «de la proximité avec la mère et consisterait en une imprégnation de féminité à travers les échanges corporels et affectifs et l'identification à la mère» (Crépault, 1999, p. 29).

La masculinité est vue comme une construction secondaire facilitée par la mise en veilleuse des composantes féminines de base et l'émergence de l'agressivité phallique.

Puisque c'est un processus qui nécessite le changement d'objet identificatoire, l'identité masculine est plus complexe ce qui entraîne une plus grande fragilité de l'identité genrale chez le garçon. En revanche, la nécessité de changer d'objet identificatoire a pour effet de mettre davantage à l'abri son identité personnelle. La fille à l'inverse, sera moins vulnérable dans son identité de genre du fait qu'elle n'a pas à changer de modèle identificatoire. Mais son identité personnelle sera moins bien protégée, et elle aura plus de difficulté à se différencier de sa mère. (Crépault, 1997, p. 43).

Donc, en plus de cette fonction de consolidation genrale et d'une fonction hédonique, la sexualité possède d'autres fonctions, notamment: la fonction complétive où la sexualité constitue un lieu privilégié pour combler des besoins psychoaffectifs fondamentaux et la fonction défensive qui servirait à masquer ou à résoudre provisoirement certains conflits.

Pour ce qui est du développement sexuel, la sexoanalyse propose certains critères de maturité: d'abord, l'investissement de la spécificité sexuelle qui est le sentiment d'appartenir à son sexe biologique. Ensuite, l'intégration des composantes masculines et féminines qui se caractérise par l'investissement suffisant de sa spécificité et la capacité d'exprimer des particularités de l'autre sexe sans adopter une fonction défensive. L'investissement de la complémentarité sexuelle qui est l'investissement érotique de la différence sexuelle et l'aptitude à l'intimité affective et corporelle avec l'autre sexe. L'intégration des érotismes fusionnels et antifusionnels, capacité de codifier érotiquement les aspects fusionnels (tendresse, amour) et les aspects antifusionnels (pulsions agressives) dans le lien hétérosexuel. Cela présuppose une absence de clivage entre l'objet d'amour et l'objet sexuel et une prédominance des pulsions d'amour sur les pulsions de haine. Finalement, la prédominance de la fonction complétive (satisfaire des besoins psychoaffectifs) sur la fonction défensive de la sexualité (Crépault, 1997).

2.2.2 Le traitement sexoanalytique

En tant que modèle thérapeutique, la sexoanalyse a pour objectif le rétablissement d'une sexualité fonctionnelle et intégrée. Dans cette approche à moyen terme, la personne est amenée à «réfléchir de l'intérieur» sur la genèse et les significations préconscientes et inconscientes de son désordre sexuel.

La première étape d'une sexoanalyse est l'évaluation qui vise à déterminer si l'intervention sexoanalytique est indiquée et d'établir un diagnostic sexuel provisoire. L'anamnèse comprend les principaux points suivants: le motif de consultation et les autohypothèses étiologiques; les inconvénients et les bénéfices du désordre sexuel; la genralité et le rapport à l'autre sexe; le bilan sommaire de la vie sexuelle; l'activité onirique et les rêves sexuels; l'imaginaire érotique; les imagos parentales; les facteurs organiques; la psychopathologie et le passé thérapeutique. Suite à notre évaluation et si une sexoanalyse est indiquée, on explique aux clients les objectifs du traitement ainsi que les outils d'intervention.

La deuxième étape comprend d'abord l'établissement d'une bonne alliance de travail afin de permettre au client de se dévoiler et par la suite, l'étape de la clarification qui est une anamnèse plus en profondeur que celle réalisée lors de l'évaluation. Lors de la clarification, on reprendra également plus en détails les axes diagnostiques et les facteurs impliqués afin de mieux délimiter les zones de dysfonctionnalité sexuelle et leur évolution (Crépault, 1997).

La troisième étape est l'analyse de la signification actuelle et du sens historique du désordre sexuel. Les outils utilisés dans cette compréhension et qui stimulent l'insight du client sont l'exploration des bénéfices et des anxiétés qui contribuent au maintien du désordre sexuel. La plupart du temps, ces bénéfices ne sont dévoilés que par fragments, étant donné qu'ils restent profondément enfouis dans l'inconscient. Afin de dévoiler ces anxiétés sexuelles et non sexuelles, on fait l'analyse de la fantasmagie sexuelle manifeste et latente ainsi que l'analyse des rêves et des associations qui en découlent.

À partir de cette compréhension, il est nécessaire d'entamer un travail correcteur étant donné que la prise d'insight à elle seule ne suffit pas à enrayer de façon durable le trouble sexuel. Cette expérience correctrice a pour objectif la modification du mode d'érotisation par l'élaboration de nouveaux contenus fantasmagiques et l'apprivoisement du réel par la dissolution graduelle des anxiétés de surface (Crépault, 1997).

Chapitre 3 : méthodologie et déontologie

3.1 Cas clinique étudié

L'analyse présentée est de type qualitatif. Une seule cliente, une femme adulte hétérosexuelle, sera étudiée dans le but d'aider à la compréhension de la problématique dans une vision sexoanalytique.

3.2 Le recrutement et la procédure

La cliente a été choisie parmi la population clinique du milieu de stage. Ainsi, la cueillette des données a eu lieu au cours des entrevues cliniques du stage qui s'est effectué dans une clinique de dysfonctions sexuelles d'un hôpital universitaire de la région de Montréal. La cliente a été rencontrée à partir du mois de septembre 2000 jusqu'au mois d'avril 2001, à raison de deux rencontres par semaine, soit un total de 52 rencontres. Toutes les entrevues se sont déroulées à la clinique selon un modèle d'intervention sexoanalytique. Les entrevues individuelles d'une durée de cinquante minutes et le setting face à face ont été préconisés afin de limiter les mouvements transférentiels.

Avec le consentement de la cliente, chaque entrevue a été enregistrée de façon à permettre une écoute subséquente. Un résumé écrit, des notes compilées au dossier issues du suivi et des transcriptions d'extraits d'entrevue ont été faites afin de permettre la cueillette de données. À chaque supervision, il était possible de discuter de certains éléments cliniques permettant une meilleure compréhension de la problématique de la cliente.

3.3 Considérations déontologiques

Le consentement du sujet a été obtenu au début du traitement pour l'enregistrement des entrevues sur bande magnétique audio. La cliente a été informée que le contenu des séances demeurerait confidentiel. Le consentement du sujet (voir formulaire de consentement annexe I) a également été obtenu pour utiliser les données recueillies aux seules fins de la rédaction du rapport d'activités. Il lui a été spécifié que le matériel d'enregistrement serait détruit une fois le rapport terminé et accepté par le département de sexologie. Les règles de protection de l'identité des clients et de leurs proches seront respectées par la non-publication de leur nom ou de tout détail permettant de les identifier.

Chapitre 4 : étude clinique

Cette section présentera les données recueillies lors de la thérapie. Cette synthèse descriptive suit les différentes étapes de l'évaluation telles que proposées par notre modèle clinique, la sexoanalyse. Dans le texte, on utilisera les guillemets pour les citations afin de reprendre les termes exacts de la cliente. Les hypothèses cliniques et la compréhension sexoanalytique du cas présenté seront élaborées dans le chapitre de la discussion.

4.1 Description du sujet

Charlotte est une femme âgée de 31 ans, sans enfant et elle fréquente Éric, un homme marié, depuis environ 4 ans. Originaire d'Europe, elle habite Montréal depuis 5 ans et travaille comme directrice d'un service de « marketing ».

4.1.1 Motif de consultation

Charlotte se présente en thérapie pour vaginisme primaire, c'est-à-dire qu'elle est incapable d'être pénétrée et ce, depuis toujours. Notre évaluation a également permis de diagnostiquer un désir sexuel hypoactif et une anorgasmie primaire généralisée. La cliente souhaite d'abord résoudre son vaginisme pour être capable d'avoir une pénétration. Elle aimerait bien comprendre sa difficulté et « passer à un stade supérieur ». Jusqu'à ce jour, Charlotte n'a jamais eu de pénétration, elle est donc encore vierge. Lors des rares tentatives de pénétration avec son partenaire, elle ressent une vive douleur tout autour de l'entrée vaginale. Le diagnostic de vaginisme a été posé, il y a deux ans, suite à un examen gynécologique, où il a été impossible d'introduire le spéculum dans son vagin. L'évaluation médicale n'a démontré aucune cause organique.

4.1.2 Antécédent thérapeutique

Avant de nous consulter, Charlotte a suivi une sexothérapie, avec une sexologue stagiaire, dans une approche cognitivo-comportementale. À la fin de cette démarche, Charlotte pouvait insérer un doigt dans son vagin mais la pénétration du pénis ou d'un tampon était toujours

impossible. Lors de cette première thérapie, la cliente semblait résistante au traitement comportemental, car elle ne faisait pas régulièrement les exercices de relaxation ou de désensibilisation progressive. Puisque la thérapie était axée sur son vaginisme, la cliente n'a pas fait de gains significatifs au niveau de son désir ou de l'orgasme.

4.1.3 Auto-hypothèses

Selon la cliente, le décès de sa sœur, alors qu'elle avait 12 ans, a fait une coupure chez elle et elle s'est ensuite refermée sur elle-même. Depuis cette blessure, elle a de la difficulté à s'ouvrir aux autres et elle fuit les relations intimes. De plus, elle se questionne à savoir si son vaginisme serait présent avec un autre homme : « Est-ce que le fait qu'Éric soit marié peut m'empêcher d'aller plus loin puisqu'il n'est pas complètement disponible? ... J'aimerais bien essayer pour voir avec un autre homme ».

4.2 Histoire personnelle et familiale

Charlotte est la plus jeune d'une famille de quatre enfants. Elle avait une sœur de 11 ans son aînée, qui est aujourd'hui décédée, et elle a deux frères qui ont de 7 et 8 ans de plus qu'elle. Petite, Charlotte demeurait souvent seule à la maison avec ses parents puisque ses frères et sa sœur allaient dans un collège privé et ne revenaient que le week-end. Comme elle était la seule enfant à la maison, Charlotte avait toute l'attention et supportait mal de la partager. D'ailleurs, elle mentionne qu'elle était jalouse de l'attention que portaient ses parents au retour de sa sœur. Elle ajoutera que lorsqu'elle était seule avec ses parents : « Je régnais comme je voulais à la maison ». Vers l'âge de 4 à 6 ans, elle allait parfois coucher dans le lit de ses parents : « j'allais me coucher entre eux, j'avais envie d'être avec eux ». Elle faisait de même l'hiver lorsqu'elle avait des problèmes respiratoires: « quand j'étais malade, j'allais aussi coucher dans le lit de mes parents ». Lorsque son père rentrait à la maison et qu'elle était malade et couchée dans son lit, elle aurait aimé que « son père la cajole, lui donne des bisous mais ça venait pas ». Charlotte avait un besoin constant de demander à sa mère si elle l'aimait et ce, plusieurs fois par jour et même si sa mère lui démontrait son affection.

Durant son enfance, sa mère a été hospitalisée durant trois mois alors qu'elle avait sept ans (pour des problèmes respiratoires). Charlotte se souvient qu'elle avait eu peur que sa mère ne revienne jamais à la maison. Elle avait été terrifiée par cette rupture mais elle ne montrait pas sa crainte et gardait tout pour elle. Elle n'en avait ni parlé à son père, ni à sa mère : « je n'arrivais pas en parler à personne. ». Durant l'absence de sa mère, Charlotte a dormi dans le lit de ses parents avec son père tous les soirs. Elle se souvient que c'était sécurisant, car elle n'aimait pas dormir seule. Elle se rappelle vaguement avoir frôlé le pénis de son père par accident. Dès le retour de sa mère à la maison, Charlotte est retournée seule dans sa chambre. Après l'hospitalisation de sa mère, elle rêvait fréquemment que son père était assis dans la cuisine de la maison et qu'il regardait dans le tiroir du haut d'un meuble. Pendant ce temps, quelqu'un essayait de la prendre, de l'enlever à sa famille, sans doute un homme. Elle le disait à son père : « attends, il y a quelqu'un qui essaie de me prendre » mais son père était là mais il ne l'entendait pas. Elle était au pied de sa chaise et voulait essayer d'avoir son attention pour qu'il la protège. Elle avait beau essayer de lui parler mais il ne la regardait pas, il regardait ses feuilles. Suite à ce rêve, la cliente avait peur d'être enlevée de sa famille, de perdre ses parents et de devenir orpheline.

La relation avec sa mère semble parfois être encore symbiotique; elles se parlent et se voient fréquemment et ce malgré la distance puisque sa mère habite toujours en France. D'ailleurs,

sa mère est la seule personne, à part son partenaire, au courant de son problème de vaginisme. Elle décrit celle-ci comme une bonne mère, aimante mais qui parfois pouvait se montrer froide et contrôlante. Sa mère ne prend pas d'alcool tout comme Charlotte et elle la décrit comme une femme réservée. Entre eux, ses parents se démontraient peu de gestes de tendresse et Charlotte les décrit comme un couple complémentaire dans leurs différences. La relation avec son père semble avoir été moins investie. Elle le percevait comme un homme distant de qui elle semblait être parfois méfiante, elle le décrit comme un inconnu. Charlotte se sentait gênée face à lui. Elle ne se souvient pas avoir joué avec lui lorsqu'elle était enfant, avoir eu des gestes d'affection de sa part ou avoir discuté sérieusement avec lui à l'adolescence. On reviendra sur sa relation à son père dans la section sur son rapport à l'autre sexe.

Par la suite, sa sœur est décédée alors qu'elle avait douze ans. Sa mort reste encore un mystère et la thèse du suicide semble être la plus plausible. Sa sœur présentait des traits dépressifs importants. Charlotte n'a pas vraiment vécu son deuil. Elle ressent encore aujourd'hui de la culpabilité face à la mort de sa sœur : « Je n'ai rien fait pour l'aider ». À cette époque, elle s'est refermée sur elle-même, se terrant dans le silence. La cliente soulève que cette expérience a fait une cassure dans son développement et que par la suite, elle aurait fuit les relations d'intimité afin de se protéger.

Lorsqu'elle avait 19 ans, son père est décédé des suites d'un cancer. Charlotte a le regret de ne pas avoir pu se rapprocher de lui avant sa mort : « Je me sens coupable de n'avoir pas su lui parler et lui dire ce que je ressentais pour lui avant sa mort ». En fait, elle en veut à sa mère de lui avoir caché la mort imminente de son père, pour la protéger, selon sa mère. Charlotte a donc pu connaître la vérité seulement trois semaines avant la mort de son père. Sa mère n'a pas eu un autre conjoint après la mort de son mari et lorsque Charlotte veut parler avec elle du décès de son père, sa mère fuit et elle ne veut pas en parler.

Dans sa vie professionnelle et personnelle, Charlotte est une femme « cérébrale » qui dévoile rarement son côté émotif. Elle se présente comme une femme rigide, perfectionniste, critique et contrôlante qui a besoin de réussir tout ce qu'elle entreprend. Elle peut se montrer agressive verbalement envers les gens qui ne sont pas du même avis qu'elle. D'ailleurs, elle a de la difficulté à accepter l'autorité au travail et malgré les consignes, elle fait comme elle l'entend. N'aimant pas parler d'elle, elle se montre froide et distante envers ses collègues de bureau, évitant ainsi d'avoir des relations plus intimes avec eux. Ayant une vie sociale limitée, elle ne compte que très peu de bons amis avec qui elle peut se dévoiler davantage. Elle profite rarement des plaisirs de la vie et s'impose plutôt un contrôle continu sur elle-même « J'ai de la difficulté à savourer, à jouir de la vie ». Son alimentation, par exemple, ne se compose que d'aliments biologiques et elle se refuse toutes gâteries. Pour Charlotte, se faire plaisir, c'est trop facile. Elle trouve sa gratification dans la retenue.

Charlotte présente une identité personnelle fragile qu'elle s'efforce de cacher aux autres. Pour ce faire, elle est constamment dans un état d'hypervigilance où elle contrôle autant son entourage qu'elle-même. Elle déploie beaucoup d'énergie afin de ne jamais montrer sa vulnérabilité. Son contrôle lui permet de contrer les multiples peurs qui l'habitent et de maintenir une distance sécurisante avec son entourage.

4.3 La sexualité

Dans cette section, on trouvera quatre parties qui décrivent la sexualité de la cliente; d'abord son histoire sexuelle depuis son enfance jusqu'à maintenant. Ensuite, on présentera sa sexualité réelle actuelle ainsi que sa sexualité au niveau fantasmatique et onirique.

4.3.1 Histoire sexuelle

L'histoire sexuelle de Charlotte semble être divisée en deux grandes parties : avant et après ses dix ans. En fait, la cliente se souvient avoir joué au docteur et avoir été attirée par les petits garçons, alors qu'elle n'avait pas encore 10 ans. À propos de ces jeux, elle dira : « J'étais aussi fonceuse que les autres et le sexe des garçons ne me faisait pas peur... ». Par la suite, Charlotte ne se souvient pas vraiment d'avoir eu des contacts sexuels avec des garçons. À l'adolescence, elle sortait rarement de la maison et elle n'avait que très peu d'amies. Lors des rares sorties, elle ne cherchait pas le regard des garçons, elle était indépendante, et ce même si un garçon pouvait l'intéresser.

Il y avait bien deux ou trois garçons qui sont venus vers moi, mais je disais non... j'étais peut-être attirée vers des relations impossibles, des gens qui n'étaient pas disponibles... je courrais après ceux qui ne s'intéressaient pas à moi et je fuyais ceux qui se montraient intéressés .

On reviendra dans une section subséquente sur le rapport que Charlotte avait avec les hommes. Durant la période comprise entre 15 et 23 ans, on retiendra que la cliente n'a pas vraiment eu d'intérêt sexuel, elle regardait les hommes de loin, mais elle n'a jamais ressenti l'envie d'être près d'eux. Le début de cette période correspond au moment où la cliente a eu ses premières règles et à l'apparition de ses seins, « moment embêtant caractérisé par le silence de ses parents face à ces changements ». Notons que la cliente n'a jamais vécu d'abus sexuel.

C'est à l'âge de 16 ans que la cliente a pris conscience que son vagin était serré lorsqu'elle a tenté d'introduire un tampon : « c'était impossible, ça ne rentrait pas ». À ce moment, la cliente ne s'est pas questionnée davantage sur cette difficulté.

Alors qu'elle avait 21 ans, elle a eu un premier examen gynécologique. La cliente n'avait pas dit au médecin qu'elle était vierge et celui-ci a fait l'examen complet avec le spéculum : « Il aurait dû le savoir, s'en rendre compte, ça faisait très mal... il a entré quelque chose... j'étais vierge alors c'était le premier ».

Vers la mi-vingtaine, Charlotte a été intéressée par un garçon pendant trois ans sans jamais lui dire ou lui faire savoir : « c'était un amour platonique, cérébral ». C'est à son arrivée au Québec qu'elle a connu sa première relation amoureuse avec Éric qui était alors son patron. Elle l'a regardé de loin une première année avant d'accepter de se rapprocher de lui. Ils se fréquentent maintenant depuis quatre ans. On reviendra d'ailleurs sur cette relation dans la section sur son rapport à l'homme.

Finalement, on doit noter chez Charlotte un manque surprenant de connaissances quant à la sexualité en général et de manière plus marquée face à l'anatomie sexuelle. En cours de thérapie, la cliente avait plusieurs questions en ce qui a trait aux menstruations, au cycle menstruel, à l'ovulation, à la fécondation. En voici quelques exemples :

Le sang sort bien du vagin lors des règles? ... Les spermatozoïdes rentrent dans l'utérus à chaque fois ou pas? ... L'œuf fécondé se nourrit du sang menstruel pour qu'il ne coule pas? ... C'est peut-être l'œuf (fécondé) qui attire le sang, comme s'il le gardait pour qu'il ne coule

pas? ... À quel moment l'ovule est-elle délogée? ... l'ovulation c'est pour ça que les femmes regardent leur calendrier? et c'est 14 jours avant les menstruations ... est-ce qu'on le sent? C'est quoi les SPM (syndrome pré-menstruel)? ... Et l'utérus, il est où? ... Est-ce que c'est agréable ou pas quand on le touche? Et le bébé là-dedans? Il grossit et il passe par ce petit trou (utérus)?.

La cliente ne connaissait pas non plus le mécanisme du vaginisme et la musculature qui est en action. Elle se demandait par exemple : « si je serre le pénis, il va entrer plus ou moins facilement? ». Elle ne connaissait pas ce qu'est l'hymen et où il est situé. Pour ce qui est de l'examen gynécologique, elle ne comprenait pas pour quelle raison le médecin n'avait pas constaté qu'elle était vierge et elle se demandait si le spéculum était entré dans l'utérus. Elle ne connaissait pas les maladies transmises sexuellement, n'utilisait aucune méthode de contraception avec Éric et elle ne savait pas à quoi ressemblait le sperme.

4.3.2 Sexualité réelle actuelle

Charlotte ne se caresse jamais elle-même car elle n'en ressent pas le désir : « ça m'ennuie et je n'ai pas de plaisir ». Son corps semble être anesthésié face à ses propres caresses. Même lors de sa première thérapie, elle faisait les exercices d'exploration de ses organes génitaux par devoir et ne ressentait rien. Le seul moment où elle pourrait avoir le désir de se toucher, c'est au réveil suite à un rêve plus sexuel où elle ressent une tension dans son bas ventre. À ce moment, elle resserre les cuisses et préfère ne pas se toucher; par contre, elle aimerait bien qu'Éric soit présent et qu'il la caresse.

Charlotte ne sait pas à quoi ressemble son vagin et elle a de la difficulté à le situer en elle. Elle est capable d'introduire la moitié de son doigt mais elle ne ressent rien : « Je rentre à l'intérieur de quelque chose mais je ne sais pas si je suis à l'intérieur ... J'ai les yeux fermés et je peux mettre un doigt à moitié ». Toutefois, elle peut ressentir le doigt de son partenaire qui pénètre son vagin : « avec Éric, je sens son doigt qui entre... mais certaines fois c'est irrité, ça fait mal et même qu'il y a des gouttes de sang après dans ma petite culotte ». Charlotte semble aussi anesthésiée au niveau de sa vulve, car elle ne peut pas ressentir la langue de son partenaire durant les relations orales, pratique peu fréquente actuellement. Enfin, ses seins ne lui procurent aucun plaisir « je ne ressens rien quand il les touche ».

La relation avec Éric étant basée sur des rencontres occasionnelles et de courte durée, la cliente mentionne que la relation est axée sur la sexualité et la génitalité. Ils sortent rarement faire des activités ensemble et ils n'ont pas le temps de discuter ou d'échanger avant les relations sexuelles. En fait, ils ont souvent leurs relations sexuelles dans la voiture ou au bureau d'Éric. La plupart du temps, Charlotte le masturbe ou lui fait une fellation lui procurant une ou deux éjaculations. D'ailleurs, durant la première année de fréquentation, Charlotte ne se laissait pas toucher et elle gardait ses vêtements « de peur que ça aille trop vite ». Après quelque temps, de manière graduelle, elle a laissé Éric la voir et la caresser. Maintenant, elle aurait envie de plus de tendresse et de sensualité, mais elle est incapable de le dire à son partenaire : « J'aurais envie d'autre chose, que ce ne soit pas que génital ».

Charlotte aimerait que l'orgasme soit un moment de symbiose avec l'autre et elle a de la difficulté à accepter qu'Éric se détache d'elle lors de son orgasme :

Ça me dérange de le voir allongé, les yeux fermés et avoir du plaisir détaché de moi ... j'aurais envie de lui dire parle-moi ... cette coupure me dérange, ça me gêne et c'est le

contraire de l'amour ». De plus, Charlotte mentionne que lorsqu'il a eu son orgasme, il se dépêche de la quitter « comme un voleur ».

Actuellement, la cliente ressent davantage de plaisir lors des stimulations sexuelles au niveau de son clitoris. Elle sent l'excitation et lorsqu'elle atteint un niveau suffisamment élevé, elle cesse toute stimulation : « J'arrête quand ça devient trop agréable. Peut-être que j'arrête avant d'aller trop loin? ». Elle ajoutera plus tard : « J'arrête parce que je pense que ce ne sera pas bien, j'ai peur de l'inconnu et mieux vaut passer à autre chose plutôt que d'essayer et que ça donne rien. ». Elle n'a jamais eu d'orgasme seule ni avec son partenaire.

Pour ce qui est de la pénétration, Charlotte a eu sa première tentative de relation coïtale à l'âge de 29 ans lors d'un voyage d'affaires avec Éric. À ce moment, elle était encore vierge et la pénétration complète n'a pas été possible. Elle avait l'impression que son vagin était sec, mais son « conjoint » lui avait dit qu'il y a suffisamment de lubrification. Charlotte croit que le gland a pu pénétrer avec douleur mais elle n'est pas certaine : « Je ne connais pas la grandeur normale d'un pénis. Je voyais son corps sur le mien qui bougeait mais je ne ressentais pas son pénis à l'intérieur ». Charlotte ressentait seulement la douleur à l'entrée de son vagin lorsqu'il essayait de la pénétrer : « il tape pour entrer, il tape encore et il y a de la douleur et enfin il rentre, je crois ... la douleur sert à anesthésier ». Face à la douleur, Charlotte mentionne « qu'elle n'aime pas la douleur, je suis douillette. Parfois j'anticipe la douleur parce que je sais que ça va faire mal, c'est jamais agréable ». Depuis cette première tentative, les essais de pénétration subséquents ont toujours été impossibles.

4.3.3 Imaginaire sexuel

Charlotte n'entretient pas vraiment de fantasmes et s'abstient de les susciter. Elle montre beaucoup de résistances lorsqu'on aborde le sujet avec elle. Elle pourrait, à la limite, se laisser séduire par des rêveries plus romantiques, par exemple s'identifier à une princesse inaccessible qui se fait courtiser par un homme qui doit affronter plusieurs obstacles importants avant de la conquérir. La cliente mentionne que les nombreux obstacles ainsi que la persévérance inébranlable de l'homme vient lui démontrer toute l'importance qu'elle a à ses yeux. Elle pourrait également s'imaginer être dans une relation impossible avec un homme inaccessible pour différentes raisons et elle entretiendrait avec lui un amour platonique où la sexualité serait occultée. On remarque que ces deux exemples de fantaisies sont d'ordre romantique où la sexualité n'est pas investie et d'ailleurs, la cliente mentionne que ces images ne lui procurent pas d'excitation.

Afin de contrer les grandes résistances de la cliente à parler de son imaginaire, on a fait appel à un outil sexoanalytique qui est le fantasme du roi ou de la reine. Encore ici, la cliente a eu de la difficulté à se laisser aller dans son imaginaire et même à fermer ses yeux en notre présence. Dans son scénario, elle nous parle d'un roi qui ressemble à Éric et d'une reine sympathique mais pas provocatrice. Ils vivent dans un château sombre avec leurs trois enfants, deux garçons et une fille qui étudient à l'extérieur. Lorsqu'on lui a demandé de parler de la sexualité de ce couple, la cliente n'avait aucune idée et semblait surprise de s'imaginer qu'il pouvait avoir une sexualité. À partir de ce moment, la cliente repris son contrôle et se senti énervée et agressive de devoir penser que la reine avait une sexualité. Elle ne semblait tout simplement pas capable de se donner accès à cette sexualité même en imaginaire.

Enfin, Charlotte nous dévoile avec beaucoup de malaise, un « rêve semi-éveillé » qu'elle peut faire au petit matin. Elle s' imagine qu'un homme qu'elle ne peut décrire, exerce un certain

contrôle physique et sexuel sur elle, elle dira même une certaine « petite violence ». Elle apprécie de subir le contrôle de cet homme et elle a envie qu'il soit brusque. Ces images lui procurent une sensation de plaisir et d'excitation ce qui la confronte énormément puisque dans la réalité, elle a peur de perdre le contrôle et recherche plutôt la tendresse.

4.3.4 Rêves sexuels

Quant à ses rêves, Charlotte fait un rêve récurrent, depuis l'âge de huit ans dans lequel un homme inconnu la pénètre avec force et elle se voit couchée sur une table, les bras et les jambes immobiles, attachés. Actuellement, elle peut également rêver seulement au pénis, sans voir le corps de l'homme ou son visage, qui la pénètre avec force, de manière brusque. Ses rêves suscitent du désir et Charlotte perçoit, à son réveil, des tensions dans son bas ventre qui lui donnerait l'envie d'une relation sexuelle. Il lui arrive aussi de rêver qu'elle est poursuivie dans une forêt ou un couloir sans fin et qu'elle doit fuir. Dans ces rêves de poursuite, elle pourrait craindre d'être exploitée sexuellement par un ou plusieurs hommes et elle se sent coincée, sans issues. Par contre, Charlotte se réveille toujours avant d'être rejoint par ses poursuivants avec un sentiment de peur.

4.4 La genralité

En ce qui a trait à sa genralité, on présentera d'abord sa vision de sa féminité et ensuite, plus particulièrement sa perception des organes génitaux. Charlotte ne se sent pas très féminine et ne porte pas une attention particulière à son apparence. Étant très exigeante envers elle-même, elle perçoit son corps comme imparfait et pas très joli. D'ailleurs, elle souligne que les personnes plutôt jolies sont rares dans la vie puisqu'il y a toujours quelque chose d'imparfait. En parlant de son corps, elle dira :

Je suis sévère avec moi, à part mes dents et mes pieds, je ne m'aime pas. J'ai un cou de girafe, je n'aime pas mes cheveux, le grain de ma peau et je n'ai pas assez de poitrine et de fesses. Ça c'est des détails mais l'ensemble de mon corps n'est pas beau. »

Paradoxalement, Charlotte ne fait rien pour changer son apparence : « je n'aime pas me peigner, je ne me maquille pas et je ne porte pas attention à mes vêtements. ». Elle ne se sent pas belle et féminine et ce, depuis son adolescence. Puisque Charlotte ne se sent pas jolie, elle préfère ne rien faire pour s'embellir. Encore ici, on remarque cette conception du tout ou rien : « Puisque je ne m'aime pas et que je suis imparfaite de toute manière, je ne porte pas d'attentions particulières à être jolie ».

Quant à sa perception des organes génitaux, Charlotte parle de ceux-ci avec dégoût et voici ses commentaires lorsqu'on lui montre des photos d'organes génitaux féminins : « Ha! que c'est laid ! Quelle horreur, je n'aime pas quand il y a des poils ... Ça m'a l'air fragile, sensible ». Pour ce qui est de sa vulve, Charlotte ne la trouve pas belle : « elle n'est pas plus laide qu'une autre mais pas formée ... je ne la trouve pas jolie mais je fais avec. Je n'aime pas les poils. De toute manière, le corps humain n'est pas spécialement beau ». Malgré cet inconfort face à ses organes génitaux, elle se sent à l'aise de les montrer à Éric : « je peux ouvrir mes jambes devant Éric sans gêne. Mais si on me demande si c'est beau, je dis non. ». La réaction de Charlotte face aux organes génitaux féminins est spontanée et rigide, elle les trouve laids. Par contre, sa perception des organes génitaux masculins est bien différente : « un pénis, c'est bien plus joli qu'une vulve et particulièrement celui d'Éric. ».

En parlant de son vagin, elle dira : « Mon vagin est comme fermé, comme une huître et quand on le force ça fait mal ». Elle ajoutera aussi : « je vois le vagin comme un lit douillet mais le mien, c'est un matelas dur et pesant. Il n'est pas chaud, léger et doux ... je voudrais le rendre doux ». Sa conception de son vagin lorsque son conjoint pénètre son doigt : « je le sens entrer, je sens le muscle, une sensation qu'il n'y a pas beaucoup de place, pas douillet, c'est sec et pas lisse, comme un palais (je suppose qu'il y a des vaisseaux). ». On retiendra que Charlotte ne se sent pas très féminine, que sa conception de ses organes génitaux est marquée par le dégoût et le sentiment de fermeture face à son vagin. Quant à ses seins, Charlotte semble y être indifférente, elle ne les trouve pas particulièrement beaux et elle dit ne pas ressentir de plaisir lorsqu'on les caresse. Cette même anesthésie se rencontre lorsqu'elle touche son vagin.

4.5 Le rapport à l'autre sexe

D'abord, on peut noter chez Charlotte un mouvement de retrait et de fermeture au monde extérieur depuis le décès de sa sœur. Ainsi, elle est distante dans ses relations interpersonnelles autant avec les hommes qu'avec les femmes. Elle se dévoile rarement aux autres et devient agressive lorsqu'on s'approche d'elle ou qu'on s'intéresse à elle. Elle garde sa vie personnelle bien secrète et s'abstient de parler d'elle par exemple, personne pas même Éric sait que son père est décédé. Elle fuit les autres physiquement et verbalement lorsqu'on lui pose des questions plus personnelles. Ses relations avec les hommes semblent être davantage marquées par la méfiance envers eux, elle se sent plus inquiète et agressive. Par exemple, quand elle est en voiture avec un collègue, elle garde le silence ou elle pose des questions à l'autre pour se garder de parler d'elle. Une fois, le collègue a « osé » lui demander si elle avait des enfants; elle a répliqué agressivement qu'elle n'en avait pas et s'est sentie dérangée par ce manque de politesse. Lorsqu'on lui demande si sa réaction avait été différente avec une femme, elle dit : « Je lui aurais répondu non, sans plus, mais je ne me serais pas sentie attaquée comme lorsque c'est un homme qui le demande. ».

Selon Charlotte, cet inconfort face aux hommes était présent dès son enfance. Elle se rappelle avoir été méfiante face à son père qu'elle décrit comme un inconnu : « Mon père, c'est comme si je vivais autour de lui mais sans vraiment être en contact avec lui. Je le connais peu parce qu'il était plutôt secret et solitaire. ». Elle aurait aimé qu'il soit sécurisant, qu'il l'encourage et qu'il souligne sa féminité. Même à sa mort, Charlotte a été incapable de lui dire ce qu'elle ressentait : « Je savais qu'il allait mourir. J'aurais voulu lui parler mais j'étais incapable et lui non plus alors on parlait de choses superficielles. ». Charlotte regrette de ne pas avoir été proche de son père et souligne, en cours de thérapie, que cette première relation avec un homme l'a marquée : « C'est peut-être de là que vient ma gêne avec les hommes ».

Au cours de son adolescence, Charlotte sortait peu de la maison et semblait plutôt solitaire : « Je ne voulais pas que les autres viennent vers moi. ». Lors des rares sorties, elle pouvait s'intéresser aux garçons mais ne cherchait pas à se rapprocher d'eux et les maintenait à distance s'ils s'approchaient d'elle. Elle rêvait plutôt d'amours impossibles et fuyait la réalité. Avant son arrivée au Québec à l'âge de 25 ans, elle n'a jamais eu d'attirance et d'intérêt sexuel pour un homme. Elle n'avait jamais recherché le contact plus intime avec un homme et elle semblait plutôt froide et distante face aux avances qu'elle avait parfois de certains : « S'ils s'approchaient, je fuyais, je bloquais ... quand ça devient trop près, je pars en courant. ». Elle est incapable de nommer un type d'homme qui aurait soulevé son désir sexuel à part Éric.

Ainsi, sa première attirance a été pour Éric, son patron à l'époque. Elle l'a côtoyé une année entière avant d'accepter ses avances : « Au début, je l'observais de loin parce que j'étais mal

dans cette situation (il est marié et il a une petite fille) mais c'était peut-être un prétexte pour prendre mon temps ». Ils se sont rencontrés au travail donc, et elle le fréquente depuis quatre ans maintenant. Elle le décrit comme un homme ambitieux, intéressé, entrepreneur qui réalise tous ses projets. Ensemble, ils ne parlent jamais de sa femme et de sa fille. Face à son engagement envers Charlotte, il lui a dit clairement : « Je suis marié et quoi qu'on fasse ensemble, ça le restera ! ». Leur relation est donc basée sur des rencontres occasionnelles et pour la cliente « c'est une relation de surface et elle n'a pas le goût d'aller plus loin ». Elle ajoutera : « Je ne me donne pas à fond parce que je sais qu'il est marié et je crois que lui aussi ne peut se donner à fond. ». Charlotte semble tout de même plus confortable dans ce genre de relation où l'engagement est limité : « Le fait qu'il soit marié, c'est parfait, pas d'engagement et ça ne peut pas aller trop loin. Un homme libre serait peut-être moins patient ».

Au début de leur relation, Éric ne connaissait pas son problème de vaginisme et lorsqu'il l'a su, il avait de la difficulté à croire que Charlotte était encore vierge. Charlotte mentionne qu'elle se sent soutenue face à ses difficultés : « Il n'a jamais fait de moqueries et il très compréhensif même qu'il fait les efforts pour nous deux (en parlant du fait qu'Éric souhaite régler son vaginisme) ».

Charlotte n'a jamais accepté de recevoir Éric chez elle alors ils se rencontrent à l'extérieur. La relation semble axée sur la sexualité mais Charlotte aimerait avoir plus de temps avec lui, plus de préliminaires et qu'il ne la quitte pas en courant, « en voleur », après avoir eu son orgasme.

Dans sa relation avec Éric, Charlotte ne se dévoile pas complètement. Il lui arrive souvent de dire le contraire de ses besoins ce qui lui permet, selon elle, de connaître la vérité « je prêche par le faux, pour savoir ses vraies intentions » mais elle est souvent déçue.

De plus, Charlotte a peur qu'Éric la quitte le jour où la pénétration sera possible : « J'ai peur qu'il ne s'intéresse plus à moi lorsque je n'aurai plus mon problème de vaginisme ... je pense que je retiens donc la pénétration. ». En 1999, suite à la première tentative de pénétration, Charlotte a mis fin à leur relation durant quelques mois : « je l'ai quitté alors que j'étais au sommet et que tout allait bien parce qu'il avait refusé de dormir avec moi, j'ai été blessée ». Dans ses relations, elle présente souvent la même dynamique d'auto-punition quand ça va trop bien comme s'il y avait moins de plaisir quand c'est facile. Lors de cette rupture, Charlotte mentionne qu'elle a été méchante, sèche et méprisante envers lui.

Pour Charlotte, le contrôle est essentiel dans chaque relation afin de ne pas se montrer vulnérable. Elle s'assure de ne jamais être redevable à personne pour se laisser l'opportunité de les mépriser pas la suite. Par exemple, si elle manque son autobus, elle préfère marcher plutôt que de demander à un collègue de la reconduire afin de ne pas se sentir en dette envers lui : « Si j'accepte un service, je ne pourrai plus me montrer agressive envers cette personne par la suite, alors je préfère refuser. ».

Pour Charlotte, perdre le contrôle équivaut à se mettre dans un état de vulnérabilité et être à la merci de l'autre; elle craint alors d'être exploitée, ridiculisée ou blessée. Dans la sexualité, la perte de contrôle associée à l'orgasme semble être un danger redoutable, celui de déborder du réel ou de s'évanouir.

1. Le terme « conjoint » est ici utilisé pour reprendre les mots de la cliente. On doit comprendre qu'il s'agit plutôt d'un partenaire occasionnel.
2. Afin de faciliter l'émergence de la fantasmagorie latente, l'exercice du roi (ou de la reine) est suggéré. La consigne donnée au patient est simple: il doit s'imaginer un roi (ou une reine) et on l'invitera à parler de son royaume, de ses sujets et de la nature de ses désirs sexuels. La description détaillée de ces images permet de recueillir du matériel sur l'imaginaire sexuel du patient qui pourra être analysé et conscientisé par la suite.
3. On a choisi d'inclure ce « rêve semi-éveillé » dans la section de l'imaginaire sexuel parce qu'on peut croire qu'il s'agit d'un fantasme pour la cliente mais qu'elle ne peut se donner le droit de le nommer ainsi. De plus, ce scénario lui procure une excitation sexuelle.
4. Anxiété de démadonisation est reliée au danger de devenir une anti-madone intoxiquée par le plaisir érotique et d'être ainsi privée de ses qualités maternelles. (Crépault, 1997, p. 289)

Chapitre 5 : discussion

À partir des résultats, on présentera dans cette section une compréhension sexoanalytique du cas de Charlotte. Lors de cette discussion, des liens seront fait entre le vaginisme primaire psychogène et la sexualité, la généralité et le rapport à l'homme. On notera également la place que le contrôle occupe dans cette problématique et l'évolution thérapeutique chez Charlotte. Finalement, on exposera les limites de notre étude ainsi que les recommandations et les pistes cliniques qui en découlent.

5.1 Le vaginisme comme symptôme

D'un point de vue comportemental, le vaginisme s'explique principalement par une réponse conditionnée, par l'association de la pénétration avec divers stimuli aversifs reliés à la sexualité. (Trudel, 2000) Selon cette approche, il est possible de relier directement certains chocs émotionnels ou physiques à la pénétration ce qui aurait provoqué une réaction physiologique normale de défense : la contraction musculaire. Par la suite, elle devient une réponse conditionnée, un processus presque mécanique de cause à effet. Malheureusement, l'approche comportementale s'intéresse peu aux causes plus lointaines ou à la dynamique inconsciente qui pourrait expliquer dans quelle mesure certaines femmes sont plus susceptibles de développer un vaginisme. Le traitement vise donc une désensibilisation progressive dans le but de rendre la pénétration possible, ce qui constitue le critère de succès thérapeutique. On peut se questionner sur cet objectif en se demandant si le fait d'être capable de supporter la pénétration s'accompagne automatiquement d'une ouverture à la sexualité et à l'intimité. On peut également se questionner sur cette forme de traitement pour les patientes qui présentent un vaginisme combiné à d'autres difficultés sexuelles. Dans ces cas, comme celui de notre étude, les anxiétés se manifestent de manière plus globale et le vaginisme fait partie d'un ensemble de difficultés qui renvoient à la fermeture à la fois physiologique et intrapsychique. De plus, Charlotte avait déjà suivi une thérapie cognitivo-comportementale durant 35 semaines l'année précédente où elle avait été capable d'insérer son doigt à l'intérieur de son vagin sans vraiment être capable de le ressentir et où elle semblait résistante au traitement car elle ne faisait pas régulièrement les exercices tel que prescrits. On peut croire que Charlotte avait des anxiétés plus marquées pour être incapable de ressentir son propre corps lors des exercices. On peut également se questionner face à ses résistances : est-ce que le traitement comportemental convient à toutes les femmes vaginiques?

Dans cette étude, on présentera le vaginisme sous un angle plus global, comme un symptôme qui transmet de l'information sur des causes plus profondes, comme un mécanisme de

protection. On rejoint ici la pensée de Harrison (1996) qui mentionne que « vaincre le vaginisme n'est pas seulement être capable de supporter sans grande douleur ni angoisse une pénétration complète, c'est aussi se comprendre en tant que femme ». On questionnera le sens que peut prendre le vaginisme dans l'équilibre psychique de la femme vaginique en tentant de comprendre les bénéfices inconscients de son désordre « ce que cache la résistance du corps à l'acte sexuel, ce que ce « non » signifie et ce qu'un « oui » pourrait entraîner. » (Harrison, 1996).

5.2 Le vaginisme comme frontière et protection

Le vaginisme vu comme une résistance du corps a été soulevé par Silvertsein (1989) qui considère le vaginisme comme un symptôme qui préserve l'intégrité corporelle et les frontières de la femme, une réaction qui lui permet de se protéger contre quelque chose qui est perçu comme menaçant, tant sur le plan sexuel que sur le plan de l'intimité en général. Shaw (1994) ajoutera que le vaginisme est une frontière somatique, une limite non-verbale qui permet à la femme de se protéger. On pourrait croire que la femme n'est pas prête sur le plan psychique à être pénétrée, mais elle est incapable d'assumer verbalement son refus (Harrison, 1996).

5.3 Le vaginisme sous l'angle de la sexoanalyse

Notre étude sexoanalytique du vaginisme se situe plus près de ces conceptions analytiques où le vaginisme renvoie à des causes plus profondes tout en se distinguant par sa spécificité sexologique. Pour la sexanalyse, le vaginisme est souvent marqué par des anxiétés plus profondes qu'il faut explorer et en comprendre leurs significations dans l'organisation psychique. On présentera donc les hypothèses étiologiques du vaginisme de Charlotte à travers trois grandes sphères : la sexualité, la genralité et le rapport à l'autre sexe. Mais d'abord, on souhaite aborder la notion de contrôle qui apparaît essentielle dans cette problématique quoique moins spécifique à la sexualité. En effet, le contrôle semble être un facteur déterminant chez Charlotte qui lui permet de contrer ses peurs plus directement liées aux sphères sexuelles.

5.4 La notion de contrôle

On croit essentiel de parler de la notion de contrôle dans la présentation du cas de Charlotte puisqu'il est présent avec une telle ampleur et une telle intensité chez elle qu'on croit qu'il exprime toute la profondeur de sa problématique. En fait, on pense que le mécanisme de contrôle, si essentiel à Charlotte, lui permet de contrer justement les anxiétés profondes liées à la sexualité, la genralité et le rapport à l'autre sexe. On le voit comme un mécanisme de protection puissant qui permet à Charlotte de se soustraire de certaines anxiétés. Le contrôle est ainsi vu comme l'un des éléments du vaginisme plutôt que comme la cause.

Comme on l'a mentionné au chapitre précédent, Charlotte exerce un contrôle continu sur elle-même et sur son entourage. Elle se dévoile peu aux autres et elle les trouve intrusifs, surtout les hommes, lorsqu'ils lui posent des questions sur sa vie. On pourrait penser qu'elle préfère être en position de contrôle pour ainsi s'assurer de ne pas être contrôlée par l'autre, surtout l'homme comme objet sexuel. On y reviendra plus loin dans la section sur son rapport à l'autre sexe. Le contrôle pourrait lui servir de protection contre certaines peurs. En fait, Charlotte avoue « aimer contrôler ce qu'elle ne connaît pas, ce qui est sexuel par exemple ». Pour elle, s'il n'y a pas de contrôle, il y a la peur et « entre les deux, il n'y a rien ».

On remarque chez elle la peur de se laisser aller dans différentes sphères de sa vie : elle ne mange que des produits biologiques, elle ne consomme aucun alcool ou drogue, elle ne se donne pas le droit au plaisir, elle refuse de sortir pour danser et de dévoiler son intimité même auprès de ses amis proches ou de son copain. On remarque aussi que dans sa sexualité, Charlotte a beaucoup de difficulté à se laisser aller : elle ne ressent pas vraiment de désir sexuel, elle est incapable de laisser monter son excitation ou d'atteindre l'orgasme, elle ne ressent pas son doigt lorsqu'elle l'insère dans son vagin, elle ne ressent pas beaucoup de plaisir et elle présente peu de fantasmes ou de rêves sexuels. Elle est incapable de s'abandonner avec Éric et se garde secrète. D'ailleurs durant les premières expériences sexuelles avec son partenaire, elle refusait de se dévêtir et de se laisser caresser. Il lui a fallu trois années avant d'accepter de recevoir Éric à son appartement.

On peut voir que pour Charlotte, perdre le contrôle équivaut à se mettre dans un état de vulnérabilité. On pourrait croire que son manque de confiance en elle-même et envers les autres dévoile une anxiété narcissique importante. Elle craint de se dévoiler dans son authenticité de peur d'être rejetée, abusée, exploitée ou ridiculisée comme lorsqu'elle dit : « Pourquoi se rabaisser à montrer qui nous sommes? » Pour contrer son vide narcissique, Charlotte est très perfectionniste et présente un idéal du moi très élevé. Son contrôle se manifeste également face au plaisir, elle s'y refuse. Pour elle, se faire plaisir c'est trop facile, elle trouve sa gratification dans la retenue. On peut se questionner sur les bénéfices qu'elle retire de son nonaccès au plaisir. Peut-être se préserve-t-elle d'anxiétés plus profondes, veut-elle demeurer la « bonne fille » ou a-t-elle peur de devenir cette anti-madone, femme sexuée? D'ailleurs, on y reviendra par la suite, mais on peut noter que dans ses rêves, Charlotte n'est pas responsable de la sexualité; elle lui est imposée par force.

Finalement, on peut voir le contrôle comme une manière de mettre ses limites entre elle et son entourage. On peut penser que Charlotte a pu manquer, durant son enfance, de points de repère ou de limites claires comme le fait d'aller dormir avec ses parents ou son père et d'être la seule enfant à la maison, « celle qui régnait comme une reine ».

5.5 Sa sexualité

Le cas de Charlotte se distingue de la plupart des études sur le vaginisme qui affirment que les femmes vaginiques sont capables d'excitation, de lubrification et d'orgasme en dehors de la pénétration (Fliegelman, 1990; Hawton et Catalan, 1990; Isabelle, 1986). En fait, le cas de Charlotte montre plutôt une perturbation globale de sa sexualité, ce qui va davantage dans le sens de l'étude de Tugrül et Kabakci (1997), qui démontrait que les femmes vaginiques évitent les relations sexuelles et qu'elles ne sont pas très sensuelles durant l'activité sexuelle.

En ce qui a trait au désir sexuel de Charlotte, il est très peu investi. Elle ne ressent pas vraiment d'attraction pour les hommes à l'exception de son partenaire. On peut se demander quel bénéfice Charlotte retire de cette absence de désir? Pour quelles raisons n'a-t-elle pas alimenté son désir sexuel ou ses fantasmes? On peut voir dans ce désir sexuel hypoactif une fermeture à l'autre ou une manière de se garder à distance de l'objet sexuel. Comme on le verra plus loin, Charlotte présente une méfiance marquée envers les hommes et ce, depuis son enfance. On remarque dans l'histoire sexuelle de Charlotte des jeux sexuels avec d'autres enfants avant l'âge de 11 ans et par la suite, c'est un vide. Elle ne se souvient pas avoir eu de l'intérêt sexuel, elle regardait les hommes de loin sans ressentir l'envie d'être près d'eux. On pourrait croire que Charlotte avait de la difficulté à se distancer de sa famille, surtout de sa

mère, car elle préférerait demeurer à la maison avec elle plutôt que de sortir entre amies. Est-ce que son manque de désir pourrait être une manière de préserver ce lien à la mère en gardant à distance les hommes? Ou peut-être que Charlotte maintient les autres hommes à distance afin de demeurer fidèle au père tellement souhaité?

Charlotte a aussi de la difficulté à laisser monter l'excitation; elle se contrôle en arrêtant les stimulations de son partenaire lorsqu'elle ressent trop de plaisir comme si elle ne pouvait se le permettre : « J'arrête quand ça devient trop agréable. Peut-être que j'arrête avant d'aller trop loin ». En cours de thérapie, la cliente fut questionnée sur les anxiétés que l'excitation ou l'orgasme pourraient soulever. La cliente a répondu : « J'arrête parce que je pense que ce ne sera pas bien, j'ai peur de l'inconnu » et lorsque nous avons poussé plus loin notre questionnement, elle avoua que la perte de contrôle associé à l'orgasme lui apparaissait comme un danger redoutable, celui de s'évanouir ou de déborder du réel. L'état de conscience modifiée lié à l'orgasme crée une peur chez certaines femmes, ce qui semble être le cas chez Charlotte qui ne peut se permettre de relâcher son contrôle sous peine d'être confrontée à des anxiétés plus profondes.

De plus, on peut penser que la cliente présente une anxiété de démadonisation puisqu'elle craint de se poser comme femme sexuelle. En fait, atteindre l'orgasme signifie le passage à l'état de femme sexuée et sexuelle, donc anti-madone, ce qui peut augmenter son anxiété de féminité (Côté et Désilets, 1992); elle peut craindre de ne pas se sentir à la hauteur comme femme, d'être jugée ou rejetée. En gardant le contrôle durant l'excitation, elle garde l'image de la madone et risque moins le rejet. On peut se demander quel rejet la cliente redoute le plus, celui de l'homme ou celui de sa mère? Le plaisir pourrait aussi être vu comme un partage avec l'autre qu'elle s'interdit afin de maintenir cette distance avec l'homme. Au pire, elle peut se permettre de donner du plaisir à Éric et s'assurer d'être en position de contrôle mais elle ne peut se permettre d'être passive et de recevoir du plaisir. Elle évite à tout prix que l'attention soit sur elle.

Par ailleurs, on doit noter que les activités sexuelles sont plutôt axées sur la génitalité. Il n'y a que très peu de caresses et de préliminaires avant les tentatives de pénétration, ce qui peut expliquer en partie le manque d'excitation de la cliente. En fait, les stimulations sont trop rapidement centrées sur les organes génitaux, ce qui ne permet pas à la cliente de se détendre et d'appriivoiser les sensations corporelles reliées à l'excitation. Par contre, la lubrification est présente et suffisante, selon son conjoint, mais la cliente ne semble pas conscientiser ses changements corporels. Durant la thérapie, Charlotte a pu apprivoiser le plaisir sexuel lors de l'excitation en affirmant davantage ses besoins à son conjoint; elle a essayé de maintenir un peu plus longtemps son excitation sans toutefois atteindre l'orgasme.

Pour ce qui est de la pénétration, la cliente est incapable d'introduire un tampon et ce, depuis la première tentative à l'âge de 16 ans. La cliente a toutefois subi un examen gynécologique complet lorsqu'elle avait 21 ans. Elle était vierge mais ne l'avait pas dit au médecin qui a fait l'examen. Elle se souvient avoir ressenti une vive douleur. Ce traumatisme lié à la pénétration pourrait avoir cristallisé son vaginisme qui semblait être présent avant selon elle. Pour quelle raison n'a-t-elle pas informé le médecin qu'elle était vierge? On pourrait penser que c'est son manque d'information qui lui a fait croire que le médecin pourrait s'en rendre compte. Par contre, on peut aussi voir les difficultés de la cliente à s'affirmer face à un homme et surtout en tant que femme. Les examens gynécologiques subséquents n'ont pas été possibles et ils ont confirmé le diagnostic de vaginisme. Actuellement, la cliente est capable d'introduire un doigt dans son vagin mais elle est incapable de le ressentir. Par contre, elle peut ressentir le doigt de

son partenaire lorsqu'il la pénètre. On peut difficilement comprendre pour quelle raison le vagin de la cliente est anesthésié spécifiquement face à ses propres caresses. Peut-être, est-ce une manière de confirmer son manque de conscience face à ses organes génitaux ou à sa féminité? En cours de thérapie, la pénétration vaginale par le pénis de son conjoint a été possible à quelques reprises sans toutefois être en mesure de la ressentir. Lors des tentatives d'intromission, la cliente ressent d'abord de la douleur et suite à quelques mouvements de va-et-vient, elle ne ressent plus rien et elle ne peut pas dire si son conjoint est en elle ou pas.

Enfin, on croit qu'il serait intéressant de voir définir le vaginisme dans une catégorie spécifique lorsque la difficulté prend l'allure de blocage plus global. On peut penser que l'étiologie du vaginisme dans ce cas est différente de celui des femmes vaginiques qui peuvent vivre une sexualité en dehors de la pénétration. Dans le cas de Charlotte, on comprend que la fermeture vaginale qu'est le vaginisme est élargie à une fermeture plus globale à la sexualité. On pense ainsi qu'il est souhaitable dans ce cas d'intervenir selon une approche sexoanalytique qui traite le vaginisme dans une compréhension plus globale de cette problématique. Enfin, la possibilité d'être pénétrée ne suffit pas à conclure au succès thérapeutique comme le confirme notre cas où malgré les quelques expériences de pénétration, la cliente est toujours incapable de la ressentir et surtout incapable de la codifier érotiquement.

5.6 Sa généralité

On peut croire que le vaginisme de Charlotte représente une fermeture plus globale à la féminité. En fait, on remarque que la cliente a mal vécu les changements corporels rattachés à la puberté, soit l'apparition des règles, le développement de ses seins et de la pilosité de ses organes génitaux. La poitrine représente un élément important de la féminité et la cliente nous dira que la croissance de ses seins à l'adolescence a été un « moment embêtant ». Actuellement, elle dit ne rien ressentir lorsque son partenaire lui caresse les seins.

Quant à ses règles, elles ont été douloureuses et elle se souvient avoir eu peu d'information pour comprendre ce qui lui arrivait à ce moment. Encore aujourd'hui, on note une ignorance « surprenante » chez Charlotte des éléments rattachés aux menstruations : elle se demande si le sang sort bien du vagin lors des règles, s'il vient de l'utérus et elle est incapable de situer son utérus en elle. Son manque de connaissances s'étend également à la maternité, l'ovulation, la fécondation, enfin tout ce qui a trait au corps de la femme : elle ne sait pas comment la fécondation est possible et à quel moment. Elle n'est pas certaine que le bébé se développe dans l'utérus et ne sait pas pour quelle raison, les femmes enceintes n'ont plus de menstruations.

Lorsque Charlotte parle de ses organes génitaux, on voit bien cette fermeture à la féminité. Elle les décrit avec dégoût et dira : « que c'est laid ! ». On peut voir que sa description représente bien son immaturité générale, ses organes génitaux sont ceux d'une jeune fille par exemple, elle dira : « ma vulve n'est pas jolie mais elle n'est pas plus laide qu'une autre, c'est juste qu'elle n'est pas formée ». Elle parle avec horreur des poils pubiens qui la dégoûtent. On pourrait croire que cette réaction aversive vient du fait que les poils, signes de maturité, ne correspondent pas avec sa conception de sa vulve de « petite fille ». Elle est incapable de situer son vagin en elle, de se le représenter et de le ressentir. Par contre, elle peut ressentir le doigt d'Éric s'il la pénètre mais son vagin est insensible lorsqu'elle insère son doigt. Cette insensibilité ou cette anesthésie pourrait servir à renforcer sa conception de ne pas avoir de vagin. D'ailleurs, Charlotte a peu investi son vagin, ce qui explique peut-être son indifférence à son égard. En parlant de celui-ci, elle insistera sur sa fermeture « il est comme une huître »;

et elle le perçoit petit et peu « douillet ». On peut se demander pour quelle raison Charlotte n'a pas investi les éléments qui se rattachent à sa féminité. Sa fermeture n'est pas seulement une fermeture physique (vaginalement) mais aussi une fermeture intrapsychique plus profonde. Quels bénéfices la cliente pourrait-elle retirer du fait de se poser comme une « petite fille »? On pourra trouver quelques indices dans sa relation à la mère et dans l'absence du père qu'on décrira plus loin. Pour grandir et devenir mature, la petite fille a besoin d'intégrer ses organes génitaux dans sa structure psychique et on voit bien que cette intégration n'est pas complétée chez Charlotte. Comme elle se perçoit comme une jeune fille, comment peut-elle accueillir le pénis d'un homme adulte? C'est peut-être l'une des causes importantes de son vaginisme qui lui permet de conserver cette immaturité ou de ne pas la confronter?

On peut aussi voir que Charlotte a peu investi sa féminité lorsqu'elle dit qu'elle ne se sent pas très féminine et qu'elle ne porte pas une attention particulière à son apparence et ce, depuis son adolescence. Puisque Charlotte ne se trouve pas jolie, elle préfère ne rien faire pour s'embellir. On remarque souvent chez elle, cette conception du tout ou rien, une réaction défensive à notre avis. Le fait de ne pas s'investir pour se montrer belle est peut-être une manière de se protéger contre sa crainte de ne pas être suffisamment féminine? On pourrait comprendre que Charlotte ne veut pas se montrer désirable et soulever le regard sexualisé des hommes. On pourrait supposer que le développement psycho-sexuel de Charlotte s'est arrêté avec l'arrivée de ses règles. Elle se présente encore aujourd'hui comme une adolescente, qui ne connaît que peu de choses sur la sexualité et qui est mal à l'aise face à son corps de femme. Elle dira d'ailleurs en cours de thérapie qu'elle fait à 31 ans ce qu'elle aurait du faire à 16 ans. Elle mentionne que ce n'est pas qu'elle se refusait d'expérimenter la sexualité, c'est plutôt qu'elle n'y pensait même pas, comme une petite fille. Ainsi, Charlotte pourrait ne pas investir sa féminité de crainte d'être incapable d'assumer le rôle de femme adulte.

On croit que le lien à la mère est essentiel dans le développement de la féminité. Pour Charlotte la relation à la mère semble encore symbiotique, comme si elle n'avait pas pu prendre ses distances avec elle. Peut-être que son choix de venir habiter au Québec, sans raison professionnelle, a été motivé par un besoin d'éloignement face à sa mère qui habite toujours en France? Quoi qu'il en soit, sa mère est très présente dans la vie de Charlotte et elle est la seule, à part son partenaire, au courant de son problème de vaginisme. On peut se demander pour quelle raison Charlotte a parlé de son vaginisme à sa mère? Quels bénéfices pouvait-elle en retirer ou quelles attentes avait Charlotte vis-à-vis de la réaction de sa mère? On peut supposer que Charlotte voulait ainsi, de manière inconsciente, dire à sa mère qu'elle lui est fidèle même loin d'elle, comme une manière de souligner ce lien symbiotique qu'elles entretiennent? En effet, pourrait-on croire que le vaginisme de Charlotte lui permet de garder l'espoir d'être aimée inconditionnellement par sa mère? Cette hypothèse a été soulevée par Crépault (1997), qui mentionne que « les femmes vaginiques souffrent fondamentalement d'un vide maternel, et qu'elles se referment à l'homme pour ne pas être infidèle à la mère promise ». Le fait que Charlotte rejette sa féminité et ce qui a trait à la maternité peut être une manière de demeurer une petite fille et lui permet de rester près de la mère. Le fait que Charlotte présente des difficultés à s'exciter et qu'elle ne puisse atteindre l'orgasme pourrait appuyer cette hypothèse, car l'atteinte du plaisir ou de l'orgasme est le signe du passage à l'état de femme adulte, ce qui signifie également la coupure du lien maternel et le deuil ce celui-ci.

De plus, la mère de Charlotte semble davantage symboliser la « madone » puisqu'elle a renoncé à la sexualité après le décès de son mari en se refusant de vivre une autre relation

avec un homme. On peut se questionner à savoir si sa mère avait bien investi sa sexualité pour paraître soulagée d'y mettre fin suite au départ de son mari. Comme la mère de Charlotte ne représente pas la femme sexuelle, pourrait-on y voir un lien avec le fait que Charlotte présente des difficultés à se poser comme femme sexuelle? Une saine distance avec sa mère pourrait permettre à notre cliente de s'individualiser et d'avoir davantage accès à la femme en elle, y compris la femme sexuée.

Pour faire suite, on croit que la relation au père est aussi un facteur important dans le développement de la féminité. On reviendra dans la prochaine section plus en détails sur sa relation au père sous l'angle du rapport à l'homme. Toutefois, on doit noter que l'absence psychologique du père n'a probablement pas permis à Charlotte de consolider son identité féminine. Comme le souligne Crépault (1997), les pères indifférents portent atteinte à l'équilibre narcissique de la femme en lui faisant douter de sa féminité et de sa désirabilité. Ne pas être reconnu par le père équivaut à une négation du soi en tant que femme. On pourrait conclure que puisque Charlotte n'a pas eu la confirmation paternelle de sa féminité, elle a pu craindre de ne pas être à la hauteur comme femme et ainsi, elle a choisi de se couper de sa féminité plutôt que d'essayer de l'enrichir. Enfin, on ne remarque pas chez la cliente une masculinisation défensive qui viendrait contrer sa carence de féminité. On voit surtout un non-investissement de la féminité comme attribut de la femme adulte, elle reste plutôt fixée à une identité de « jeune fille pré-pubère ».

5.7 Son rapport à l'homme

D'abord, on doit noter une grande méfiance envers l'homme chez Charlotte. Cette méfiance semble être présente depuis toujours car elle la vivait face à son père qu'elle décrit comme un inconnu de qui elle se méfiait. D'ailleurs, Charlotte durant toute son adolescence pouvait être intéressée par des garçons, mais elle préférait les regarder de loin. Elle n'avait pas envie de se sentir près d'eux même et n'a ressenti aucune envie sexuelle avant de rencontrer Éric à l'âge de 25 ans. La relation affective avec un homme demandant une certaine confiance en l'autre, Charlotte a évité toute relation intime avec eux afin de se protéger. L'homme lui paraît menaçant et elle se protège par la fuite et le contrôle excessif sur elle-même ou sur son entourage. Elle évite, même avec des collègues de bureau, de se dévoiler. Elle est dans un état d'hypervigilance de manière constante. Comme le souligne Crépault (1997), les femmes vaginiques présenteraient des difficultés à investir la complémentarité sexuelle, cette aptitude à créer une intimité affective, corporelle et génitale avec l'autre sexe. On remarque donc cette incapacité à l'intimité chez Charlotte qui se traduit par une impossibilité de nouer un lien d'intimité affective avec l'autre sexe, mais aussi à l'incapacité de partager son espace intrapsychique avec une personne de l'autre sexe.

Puisque la relation à l'homme est teintée de méfiance pour Charlotte, elle ne peut se départir de son contrôle et s'abandonner à la sexualité avec l'autre de peur d'être exploitée ou d'être abusée. On pourrait déduire que cette crainte face à l'homme expliquerait pour quelles raisons elle préfère donner des caresses à son partenaire et qu'elle a refusé longtemps de se dévêtir et de se laisser caresser. On pourrait aussi croire que le fait que Charlotte ne se perçoit pas comme très féminine, le rapport à l'homme lui paraît encore plus menaçant. Comment pourrait-elle se sentir à l'aise avec un homme adulte, elle qui se voit toujours comme une jeune fille? Mais pour quelles raisons Charlotte ne s'est pas donnée accès à une relation affective avec un homme durant plusieurs années? On exposera plus loin une hypothèse en lien avec son père comme réponse possible à ce non investissement de la relation à l'homme.

Par ailleurs, l'investissement de la complémentarité sexuelle doit aussi passer par la sexualisation, c'est-à-dire l'aptitude à codifier érotiquement les différences sexuelles corporelles et l'agressivité phallique. Cette codification ne serait possible que chez la personne dont la genralité n'est pas source de conflits sérieux, celle qui est exempte d'attitudes phobiques (conscientes ou inconscientes) vis-à-vis du sexe opposé. Encore ici, on peut dire que Charlotte présente des attitudes phobiques face à l'homme en plus de certaines lacunes au niveau de sa féminité; deux composantes qui permettent de suggérer qu'elle est incapable de s'enrichir de la complémentarité sexuelle. Son vaginisme pourrait lui permettre de se protéger de l'homme, c'est une fermeture à l'homme intrusif et envahisseur. Le vaginisme pourrait s'avérer nécessaire pour ne pas montrer sa vulnérabilité et contrer sa crainte d'être exploitée, ridiculisée ou blessée. Cette crainte de l'homme se retrouve d'ailleurs dans ses rêves sexuels où elle est prise de force ou lorsqu'elle se sent poursuivie par des hommes qui pourraient abuser d'elle. Pour la cliente, l'agressivité phallique est vécue comme une menace pour son intégrité. La féminité se résume au sentiment de vulnérabilité et à la conviction que son corps est "trop ouvert", non "suffisamment protégé". Ainsi, le vaginisme lui permet de préserver son intégrité corporelle.

Sa perception du pénis vient appuyer cette hypothèse de méfiance face à l'homme. Comme la majorité des femmes vaginiques, Charlotte s'imagine toujours le pénis en érection et elle le perçoit gros, trop gros. Cette morphologie imposante pourrait être liée à l'importance émotionnelle et sexuelle que le pénis peut avoir pour elle, comme le souligne Isabelle (1986).

L'auteur amène une nuance intéressante en mentionnant que ce n'est donc pas tant le pénis comme tel qui est rejeté, mais sa capacité de pénétrer qui est imaginée comme une effraction corporelle. Selon Crépault (1997), la peur du pénis n'est qu'une conséquence de la conviction profonde de la vaginique d'avoir un vagin trop petit, un vagin immature ce qui est le cas pour Charlotte comme on l'a noté précédemment. Elle fait une double déformation de la réalité : son vagin est petit et le pénis est gros, tellement gros qu'il devient une arme dangereuse pouvant la blesser. Ainsi l'objet conscient de la peur, c'est un pénis aux dimensions imposantes comparé à son vagin, imaginé et jugé trop petit. On pourrait croire que Charlotte craint davantage d'être blessée symboliquement que physiquement. C'est en l'amenant à réfléchir sur cette question qu'on pourra arriver à un deuxième niveau de signification.

Sa relation actuelle avec Éric pourrait aussi expliquer le maintien de son vaginisme. En fait, son partenaire ne correspond pas à la description habituelle des conjoints de femmes vaginiques qui se définissent comme passifs et complices du vaginisme. Éric est un homme ambitieux et entreprenant qui se montre très sexuel et génital. Alors, comment pourrait-il inconsciemment être le complice du vaginisme de Charlotte? On croit que le fait qu'il soit marié et qu'il ne soit pas complètement disponible à s'engager avec Charlotte pourrait être un facteur de maintien du vaginisme de madame. En fait, on peut supposer que celle-ci l'a justement choisi parce qu'il n'est pas complètement disponible puisque Charlotte est incapable de s'investir dans une relation affective avec un homme. Il devient alors moins menaçant de partager une intimité avec cet homme et elle conserve ainsi le contrôle de la relation.

Au début de leurs rencontres, elle refusait de se dévêtir et de se laisser caresser, elle préférait le masturber ou lui faire une fellation. On pourrait aussi se demander si Éric ne préférait pas la fellation au coït pour accepter si longtemps de limiter leurs relations sexuelles seulement à des activités masturbatoires ou à des relations orales. Comme leur relation est basée sur des rencontres occasionnelles et qu'ils ne disposent que de peu de temps, leur relation est axée sur

la sexualité. Le manque d'échanges ou de préliminaires pourrait affecter la capacité d'abandon de la cliente, elle qui craint que « ça aille trop vite ». Comme ils avaient la plupart de leurs relations sexuelles dans la voiture, le risque de pénétration pouvait être limité et Charlotte pouvait se sentir plus en sécurité. Elle a d'ailleurs accepté de le recevoir à son appartement qu'après trois ans de fréquentation, et c'est à cette occasion que la première pénétration complète a été possible. On pourrait en conclure que le fait que Charlotte accepte de le recevoir chez elle dans son appartement est le signe inconscient d'une ouverture plus profonde à son partenaire; elle acceptait par le fait même de « l'accueillir en elle ». On peut aussi se questionner à savoir si le vaginisme de Charlotte serait présent avec un autre homme, plus disponible et tendre avec elle? Puisque l'engagement est limité et que c'est une relation de « surface », Charlotte n'a pas le goût d'aller plus loin. Elle semble tout de même, plus confortable dans ce genre de relation où l'engagement est limité : « Le fait qu'il soit marié, c'est parfait, pas d'engagement et ça ne peut pas aller trop loin... un homme libre serait peut-être moins patient ». On peut donc croire que le vaginisme serait aussi présent dans une relation plus engagée puisqu'il se rattache à des éléments plus complexes. On pourrait même supposer qu'elle a choisi ce type de relation pour contrer ses anxiétés plus profondes.

On aimerait maintenant aborder les similitudes entre Éric et le père de Charlotte. La cliente mentionne à propos de son père qu'elle vivait autour de lui sans jamais vraiment le connaître. On peut faire la parallèle avec Éric qu'elle fréquente sans vraiment connaître sa vie, elle lui pose peu de questions et ils ne parlent jamais de sa femme. Tout comme son père qui était marié à sa mère, Éric a aussi une femme. Charlotte se retrouve donc au centre d'un triangle amoureux qui peut rappeler le complexe d'Oedipe qu'elle a pu vivre avec son père. Un hasard intéressant, Éric est de neuf ans l'aîné de Charlotte, la même différence d'âge que ses parents avaient entre eux. Un autre parallèle est fait lorsque Charlotte avoue qu'elle voit Éric comme un parent qui l'aide à grandir et qu'elle se perçoit comme une petite fille. Elle mentionne également qu'elle recherche auprès d'Éric une relation de tendresse, de câlins plutôt qu'une relation où elle se positionne comme « amante ». Charlotte dira qu'inconsciemment elle attend quelque chose d'Éric: qu'il lui donne de l'importance, qu'il la valorise. Des besoins qui peuvent s'apparenter à ceux d'une petite fille face à son père, on émet donc l'hypothèse que Charlotte recherche à travers son partenaire à recréer la relation primaire à son père.

En effet, son père n'a pas confirmé et valorisé sa féminité, ce qui pourrait expliquer l'incapacité de Charlotte à faire le deuil de sa relation souhaitée avec le père. Certaines théories psychodynamiques suggèrent que les femmes vaginiques n'ont pas su transférer leur énergie libidinale du père jusqu'au mari. On remarque que Charlotte était très proche de l'intimité de ses parents, elle allait fréquemment les rejoindre pour dormir entre eux. On se rappelle également qu'elle a dormi avec son père durant les trois mois où sa mère fût hospitalisée et se souvient avoir frôlé le pénis de son père par accident. Aurait-elle souhaité inconsciemment prendre la place de sa mère et devenir l'épouse du père? Elle aurait ainsi pu se convaincre de sa désirabilité en triomphant de son Oedipe. Mais les désirs incestueux sont si culpabilisants qu'ils sont refoulés ou symbolisés. On pourrait supposer qu'ils se révèlent dans les fantasmes romantiques de Charlotte qui s'imagine des relations impossibles où son conquérant doit vaincre de multiples obstacles avant de la conquérir. On ne peut s'empêcher de faire des parallèles avec le désir pour le père qui représente l'amour impossible par excellence. D'ailleurs, Charlotte occulte toute sexualité de ses fantasmes conscients, on peut comprendre qu'il est difficile de sexualiser la relation au père. D'autres part, on pourrait croire que Charlotte ne s'est pas permise de vivre des relations intimes avec des hommes dans l'optique de rester fidèle au père tant souhaité. Ses rêves sexuels pourraient révéler cette sexualisation refoulée au père par exemple, elle décrira l'homme de son rêve comme un

inconnu qui la pénètre mais qu'elle ne peut pas voir son visage. Elle utilise les mêmes termes pour décrire son père comme un inconnu. Se refuse-t-elle de voir le visage de l'homme de peur d'y retrouver celui de son père? L'utilisation de la force par l'homme pourrait servir à contrer la culpabilité de Charlotte ou à la déresponsabiliser de cette relation sexuelle : elle n'est pas responsable puisqu'elle subit le contrôle. On pourrait penser que si elle identifie Éric à son père, Charlotte doit se refuser tout plaisir dû à la trop grande culpabilité; à la limite elle peut lui procurer du plaisir sans plus.

Mais d'où pourrait venir ce désir incestueux pour le père? On pourrait le relier à cette expérience d'avoir dormi avec son père durant l'absence de sa mère et le fait d'avoir frôlé son pénis. Cette expérience a pu permettre à Charlotte de se sentir bien et désirable puisqu'elle prenait temporairement la place de sa mère. Aurait-elle pu souhaiter inconsciemment la mort de cette mère « rivale » afin de triompher de son Oedipe? La seule idée de cette pensée suscite beaucoup de culpabilité et le contrôle excessif que Charlotte maintient sur son plaisir pourrait être une manière d'expié cette culpabilité. Cette hypothèse pourtant complexe a été mentionnée par Crépault (1997) lorsqu'il parle des fantasmes latents. Les complications associées à la confrontation oedipienne et ses effets négatifs sur la réceptivité sexuelle sont rapportés dans la littérature. Lors du stade oedipien, la petite fille vit déjà une forme de culpabilité lorsqu'elle s' imagine détruire sa mère et souhaite posséder son père. Si elle éprouve une résistance à délaissier son père comme objet d'amour, ses relations avec les hommes seront perturbées par ses désirs primaires envers le père. Par conséquent, ses interactions sexuelles seront teintées de culpabilité car elle confondra ses partenaires avec son père.

5.8 Évolution thérapeutique

Au début de nos rencontres, Charlotte était capable d'insérer un doigt dans son vagin sans le ressentir. Par contre, elle pouvait ressentir le doigt d'Éric lorsqu'il la pénétrait. Elle avait eu une première tentative de coït où la pénétration n'a pas pu être possible en 1999 et les tentatives subséquentes ont toujours été impossibles et accompagnées d'une vive douleur à l'entrée vaginale. Elle était incapable d'atteindre l'orgasme seule ou avec son partenaire et lorsqu'il la masturbait, elle arrêta toute stimulation dès qu'elle ressentait un peu de plaisir. Elle vivait sa première relation amoureuse avec Éric, un homme marié, depuis environ 3 ans. Elle avait toujours refusé de l'inviter à son appartement et leur relation était basée sur des rencontres occasionnelles. Elle se dévoilait peu à son entourage et fuyait les relations avec les hommes présentant une grande méfiance face à eux. Charlotte se trouvait peu féminine et ne portait pas une attention particulière à son apparence. Elle se présentait davantage comme une « petite fille ». Elle avait très peu de connaissance sur la sexualité et l'anatomie de ses organes génitaux.

Notre travail portait principalement sur l'exploration du sens de son vaginisme par l'analyse des bénéfices et des anxiétés qui s'y rattachaient. En parallèle, on souhaitait permettre à la cliente d'intégrer et d'investir sa féminité. On pouvait penser que l'intégration de sa genralité lui permettrait de mieux investir la complémentarité affective et sexuelle avec un homme. Enfin, notre dernier objectif était de comprendre le sens de cette méfiance à l'homme pouvait prendre dans son équilibre psychique. Comme on a déjà mentionné les principales hypothèses sexoanalytiques précédemment, on a choisi d'orienter cette section sur les gains de la thérapie et surtout sur les interactions entre les trois sphères de notre recherche : la sexualité, la genralité et le rapport à l'homme. Le Tableau 5.1 présente donc les éléments importants de la démarche thérapeutique qui mettent en relief l'évolution thérapeutique chez Charlotte à travers les trois sphères de la sexualité.

Tableau 5.1 : Évolution thérapeutique du cas de Charlotte en lien avec sa sexualité, sa genralité et le rapport à l'homme

séance	Sa sexualité	Sa genralité	Son rapport à l'homme
#4	Prend conscience qu'elle arrête les stimulations lorsqu'elle ressent le plaisir monter de peur que « ça aille trop vite ».		Parle de sa méfiance face aux hommes et de sa peur de se dévoiler à son entourage. Elle a beaucoup de contrôle sur elle-même et son entourage.
# 6- 7	Elle laisse monter son excitation plus longtemps avant d'arrêter.	Travailler son anxiété de démadonisation.	Explorer sa relation au père.
# 8		Parler de son inconfort face aux changements corporels à la puberté et son inconfort face à sa féminité.	Explorer les rêves de poursuite par des hommes qui pourraient abuser d'elle.
# 10		Exploration de son aversion pour ses organes génitaux.	Des liens sont faits entre sa relation au père et sa relation avec Éric.
# 12	Rêve récurrent d'être pénétrée de force par un inconnu de plus en plus présent.		
# 15	Explorer son besoin de contrôle comme mécanisme de protection et les anxiétés qui s'y rattachent.		Le contrôle en lien avec sa méfiance face aux hommes et sa peur de l'intimité.
# 16	Présence d'une excitation intense et une première pénétration complète sans vraiment pouvoir ressentir le pénis d'Éric en elle.	Explorer son insensibilité vaginale. Éducation sur l'anatomie sexuelle et la sexualité.	Elle invite pour la première fois Éric à son appartement.
# 17	Envie au matin d'être pénétrée après un rêve semi-éveillé de pénétration.		Voyage avec un collègue en voiture qui suscite peur et panique face à un danger, l'homme.
# 19			Elle affirme davantage ses besoins auprès d'Éric
# 21			Parle de sa méfiance au père qu'elle décrit comme un inconnu et de son besoin d'être reconnu par lui.
# 22-23	Exercice du fantasme du roi ou de la reine où la sexualité est occultée.	Rêve où une collègue de travail « ultra-féministe » est enceinte. Des associations sont faites avec sa propre féminité en développement.	

# 24		Travailler la relation à la mère.	Elle accepte de participer pour la première fois au party de Noël du bureau.
# 27	Explorer un rêve récurrent depuis 8 ans où elle s'imagine être pénétrée de force; des associations sont explorées.	Parle de son insécurité lors de l'hospitalisation de sa mère à 7 ans et du décès de sa sœur. (abandon, culpabilité)	Parle de son manque dans la relation au père, besoin d'être confirmé et importante pour lui.
# 28	Déjà quelques pénétrations de possibles toujours avec de la douleur au départ et une insensibilité vaginale.	Lui permettre de se représenter son vagin en elle et de le ressentir.	Elle accepte de parler à un homme inconnu en vacances.
# 30-34	Relâche progressivement et à l'occasion de son contrôle et elle se permet des petits plaisirs non-sexuels.	Elle se permet de critiquer le lien à sa mère et sa conception de la sexualité. (individuation)	Elle demande à Éric de porter un condom et de ne plus avaler son sperme. (affirmation face l'homme) Éducation sur la sexualité et l'anatomie sexuelle de l'homme.
# 35-36	Prend conscience qu'être pénétrée c'est accepter de perdre sa vigilance et son contrôle, d'être réceptive.	Elle porte une attention à son apparence et elle porte des vêtements qui soulignent davantage sa féminité.	Revient sur les similitudes entre Éric et son père « comme un parent qui m'aide à grandir ».
# 37	Elle s'achète un roman érotique et trouve certains passages intéressants.	Prends conscience de son identité personnelle fragile et de ses nombreuses peurs à se dévoiler.	Demande à Éric de lui parler de sa femme et de clarifier son engagement. Lui demande plus de tendresse et de temps ensemble.
# 38-40	Elle demande beaucoup d'informations sur la sexualité, la maternité, les menstruations et les réactions physiques du vaginisme.	Elle continue de s'affirmer auprès de sa mère et se permet de la questionner sur la mort de sa sœur et de son père.	Prend conscience qu'elle maintient une distance avec les hommes afin de se protéger, elle les perçoit comme menaçants.
# 41-42	Elle insère deux doigts dans son vagin sans douleur mais avec un certain inconfort. Lors des relations sexuelles, elle demande davantage de caresses au niveau du clitoris et ressent plus d'excitation.	Elle peut plus facilement s'imaginer son vagin et le ressentir. Désir d'avoir un enfant mentionné pour la première fois.	Demande à Éric qu'il soit plus disponible comme être présent pour son anniversaire (1er fois). Elle se dévoile davantage à son travail et elle a même accepté un compliment d'un collègue.
# 44-45			Explorer sa peur de l'intimité et son goût de rapprochement qui grandit. Deuil de la relation idéalisée avec Éric et de sa relation tant souhaitée au père.

# 46-49	Elle est consciente des changements depuis le début de nos rencontres et se sent moins comme une « petite fille ».	Elle porte toujours une attention à son apparence et à son corps.	Rêve où elle parle à son père lui disant que malgré ses attentes, ses valeurs ou ses priorités, maintenant, elle veut faire sa vie, ses choix. (individuation)
# 52 (fin)	Bilan des acquis en ce qui concerne sa sexualité, sa genralité et son rapport à l'homme. Le diagnostic de vaginisme primaire généralisé fait maintenant place à un diagnostic de coïtalgie. La cliente semble également investir de plus en plus sa sexualité, sa féminité et démontre une plus grande ouverture à l'homme		

Bilan des acquis en ce qui concerne sa sexualité, sa genralité et son rapport à l'homme. Le diagnostic de vaginisme primaire généralisé fait maintenant place à un diagnostic de coïtalgie. La cliente semble également investir de plus en plus sa sexualité, sa féminité et démontre une plus grande ouverture à l'homme

5.9 Pistes d'intervention clinique

Afin de mieux aider les femmes qui souffrent de vaginisme, il serait souhaitable que l'on porte une attention particulière aux causes profondes. Le vaginisme devrait être vu comme un symptôme qui permet de préserver la femme d'anxiétés plus profondes liées à la sexualité, la genralité et le rapport à l'homme. On peut penser que les thérapies axées sur le symptôme et la fonctionnalité ne permettent pas de résorber complètement le vaginisme puisque le critère de succès est la possibilité pour la femme d'être pénétrée. Cette ouverture vaginale ne s'accompagnant pas automatiquement d'une ouverture psychique, il pourrait être possible que le désordre sexuel se déplace si la femme présente des anxiétés plus marquées vers une absence de désir par exemple.

En lien avec les limites présentées subséquemment, on doit insister sur les résistances de la cliente à se dévoiler. Ainsi, l'accès au matériel inconscient n'est pas chose facile puisque la personne ne se livre pas aisément. De surcroît, la fermeture à l'autre fait partie intégrante de la dynamique de la femme souffrant de vaginisme. C'est pour cette raison qu'il apparaît essentiel de créer une alliance de travail solide afin de créer un espace de confiance propice au dévoilement de l'intimité affective et sexuelle. Il serait aussi indispensable de rester centré sur le problème sexuel et de ne pas intervenir sur des désordres non-sexuels, une tendance marquée chez la cliente qui semblait souhaiter s'éloigner de la sphère sexuelle. Le clinicien qui souhaite travailler sur les désordres sexuels profonds comme le vaginisme primaire devra faire preuve de patience, d'écoute bienveillante et de respect des résistances pour permettre à la cliente des saisir les significations inconscientes de son vaginisme.

Dans le cas de Charlotte, la suite de démarche thérapeutique devrait viser à poursuivre cette analyse des significations inconscientes de son vaginisme et lui permettre de faire des « insights affectifs » sur sa dynamique. Cette prise de conscience sera possible dans la mesure où Charlotte semble faire moins appel au contrôle pour contrer les anxiétés soulevées en cours de thérapie. Le sens de la fantasmagie devrait être décortiqué en termes de bénéfices conscients et inconscients avant de procéder à un travail correctif via l'imaginaire. Plus précisément, les objectifs thérapeutiques visés dans la poursuite de la thérapie seraient d'abord, de permettre à la cliente de consolider son identité féminine et de conscientiser les

bénéfices et les inconvénients à demeurer dans une relation d'une telle proximité avec la mère ainsi que de comprendre le sens d'une séparation avec celle-ci. Par le fait même, la thérapie devrait permettre à la cliente d'investir et d'érotiser sa vaginalité.

De plus, la thérapie devrait viser une compréhension approfondie de la méfiance que Charlotte vit face aux hommes, ce qui pourrait être relié au désir incestueux pour le père. La prise de conscience des bénéfices et des inconvénients reliés à la relation au père pourrait permettre à la cliente de faire le deuil de cette relation idéalisée et ainsi de pouvoir transférer son énergie libidinale accordée au père vers un autre homme. La cliente serait amenée à investir la complémentarité sexuelle, cette aptitude à créer une intimité affective, corporelle et génitale avec l'autre sexe. De même, l'investissement de la complémentarité sexuelle doit aussi passer par la sexualisation, c'est-à-dire l'aptitude à codifier érotiquement les différences sexuelles corporelles et l'agressivité phallique ce qui semble être l'étape finale qui permettra à la cliente de vivre pleinement une relation sexuelle satisfaisante. Enfin, la thérapie sexoanalytique vise une modification de la sexualité accompagnée d'une modification de la dynamique interne de la femme vaginique qui se traduit par une intégration et une ouverture intrapsychique face à sa genralité, sa sexualité et son rapport à l'homme.

5.10 Forces et limites de l'étude

La principale limite de cette étude exploratoire est le nombre restreint de sujet. On a privilégié une analyse en profondeur d'un seul cas clinique. Ce choix nous a permis de mieux comprendre un cas de vaginisme primaire généralisé. Toutefois, on ne peut tirer des généralisations ou un profil du vaginisme à partir d'un seul cas bien que plusieurs éléments de notre discussion rejoignent les données théoriques recueillies sur le sujet. On pense qu'une prochaine étude ayant un plus grand nombre de sujets et un groupe contrôle toujours dans une approche sexoanalytique pourrait permettre d'enrichir notre compréhension de la problématique du vaginisme. Une autre limite concerne davantage le facteur temps puisque la thérapie s'insérait dans le cadre de stages cliniques, on a pu bénéficier de seulement huit mois de consultation à raisons de deux rencontres par semaine. On pense que la complexité de cette problématique demande une thérapie à plus long terme afin de confirmer les hypothèses sexoanalytiques et de faire un travail correctif stable et intégré par la cliente. Les acquis demeurent donc réduits et limités en raison du manque de temps.

Une dernière limite rencontrée fut le nombre limité de matériel recueilli au niveau de la sexualité, de la fantasmagie et de l'activité onirique pour que nous puissions étayer nos hypothèses sexoanalytiques. Notre étude vise plutôt une exploration des significations possible du vaginisme. On doit souligner que l'accès au matériel latent et inconscient n'a été possible que par fragments puisque la cliente manifestait beaucoup de contrôle et de résistances à se dévoiler. On peut souligner que cette difficulté à se laisser aller rejoint sa dynamique sexuelle qui se caractérise par la fermeture, d'où l'importance du facteur temps dans les limites de notre étude.

D'autres part, on croit que le choix d'une approche sexoanalytique était tout indiqué dans ce cas de vaginisme primaire afin d'avoir accès aux causes plus profondes du vaginisme mais également à cet « hypoinvestissement » de la sexualité. L'exploration sexoanalytique du présent cas a permis de mieux comprendre les liens entre le vaginisme primaire et la genralité, la sexualité et le rapport à l'homme. Cette approche qui favorise un travail en profondeur semble être nécessaire dans les cas de fermeture globale à la sexualité plutôt qu'une approche strictement axée sur le symptôme et la fonctionnalité.

Enfin, on doit préciser que l'on a choisi de mettre de côté plusieurs éléments lors de notre discussion afin de nous concentrer sur nos principales hypothèses sexanalytiques et nos questions de recherche. Ainsi, des études subséquentes pourraient y voir d'autres possibilités d'analyses. D'ailleurs, il serait intéressant de voir d'autres recherches portant spécifiquement sur le vaginisme primaire généralisé puisque la plupart des études portent sur l'ensemble des coïtalgies, il est difficile de bien cerner des distinctions propres aux cas de vaginisme.

Fin de la contribution de Marie José Valois

©<http://www.vaginisme.fr/articleValois1.html>