

VAGINISME: QUAND FAUT-IL S'ADRESSER A UN SEXOLOGUE ?

Robert Porto : psychiatre, gynécologue , sexologue (Marseille)

L'auteur se propose de donner le point de vue du sexologue sur le vaginisme et sa prise en charge

Complexité du vaginisme

Le vaginisme est une affection complexe sous son apparente simplicité. Car le caractère éminemment symbolique de la fonction concernée, son implication psychologique, son impact conjugal et, dans certaines cultures, social, ne doivent pas faire réduire cette affection à un simple blocage anatomique vaginal.

En effet , sauf s'il existe une anomalie ou une épine irritative locale qu'il faudra dépister et traiter, le vaginisme proprement dit est la conséquence d'une problématique en amont, qu'elle soit inhérente à la personnalité de la patiente, à son histoire traumatique, à une transmission culturo-familiale négative, ou à une distorsion cognitive liée à son histoire personnelle....

Répondre à la question dépend donc

- du type de vaginisme (Primaire ou secondaire, purement réflexe ou phobique),
- des facteurs étiologiques qui le sous-tendent
- et...de la spécificité du sexologue !

Facteurs de vulnérabilité :

- Les profils de personnalité de Kroger & Freed (1950) facilitent l'évaluation par leur caractère imagé (L'hyper romantique « *Belle au bois dormant* », la « *Brunehilde* » haïssant l'homme, la Reproductrice exclusive « *Reine des abeilles* »)
- Faible estime de soi, trouble du schéma corporel, angoissée (*van Lankveld 2010*),
- Score de dégoût élevé (*van Overveld 2013*) ; Dégoût spécifique de la pénétration (*Borg 2014*),
- Aversion sexuelle (*DSM*),
- Discours phobogène par ascendant (*Colson 2015*)
- Distorsions cognitives anatomo-physiologiques (*Cherner 2013*)
- Personnalité pluri-phobique (*Kaplan 1974, Ohkawa 2001*)
- Les interdits Culturels et Religieux
- Choix défensif d'un partenaire inhibé, peu offensif.

Motifs de consultation :

La femme vaginique primaire consulte pour pénétration impossible, pour mariage non consommé ; souvent la crainte de perdre le partenaire ou le désir d'enfant prévalent sur l'envie véritable d'une sexualité plaisir.

Il y a des cas où l'examen génital est impossible par spasme périvaginal ou recul défensif. Dans d'autres cas il est possible par les professionnels de santé mais le pénis est interdit de séjour (Structure Hystérique)

Dans le vaginisme secondaire, (plus rare) on trouvera soit des lésions artificielles (vaginite récurrente, carence hormonales etc), soit un traumatisme déclenchant chronologique (accouchement compliqué, épisiotomie douloureuse) soit un rejet du partenaire.

Aspects psychologiques :

L'évaluation de l'histoire psycho affective de la femme vaginique ainsi que de son ressenti lors des exercices génitaux identifiera les facteurs bloquants de la patiente et permettra de formuler avec elle la conceptualisation psycho-somatique de son cas.

« Collaborative schème » :

Le sexologue établira une solide alliance thérapeutique motivant la patiente de manière à bénéficier de sa collaboration active.

Approche thérapeutique :

La méthode qui fait consensus est la sexothérapie cognitivo-comportementale associant exercices d'intégration sensorielle du vagin au schéma corporel et entretiens psychodynamiques axés sur la résolutions des peurs et cognitions sexuelles négatives. Cette prise en charge donne entre 80% (*Engman2010*) et 90% (*Jeng 2006*) de bons résultats. La chirurgie n'a pas d'indication hormis les rares cas d'obstacles anatomiques douloureux, cicatriciels ou autres qui n'ont de vaginisme que le nom.

Pour prendre en charge un vaginisme il faut donc avoir des compétences en sexothérapie et psychologie médicale ou bien se limiter à sa formation initiale et travailler en réseau.

L'exposé sera illustré d'un cas clinique soulignant l'intérêt d'impliquer le partenaire et d'un autre cas éclairant le manque de confiance en soi de ces patientes.

Conclusions :

La place du sexologue est indiqué dans les cas où l'approche médicale et corporelle (traitements locaux, counseling, exercices) ne suffisent pas. Le savoir faire du sexologue est nécessaire quand le psychologique prévaut sur le manque d'information ; car l'approche sexologique permet de faire le lien entre la problématique psychique et sa traduction dans le langage du corps.

Il convient de garder à l'esprit la complexité que peut receler le vaginisme et la nécessité de faire bénéficier ces patientes de plusieurs angles de lecture.

D'où l'obligation pour les professionnels concernés -soit de travailler en réseau soit de les adresser à un sexologue qualifié. Quand il n'assume pas intégralement la prise en charge il est important que le professionnel à qui la femme vaginique s'est confiée, reste l'interlocuteur privilégié et coordonne les soins tout en étant co-therapeute dans le cadre de sa qualification.

Références :

Cherner RA, Reissing ED. A psychophysiological investigation of sexual arousal in women with lifelong vaginismus. J Sex Med. 2013;10:1291-303
Colson MH. Vaginisme. In Médecine sexuelle.p192-196. Par F.Courtois etM.Bonierbale. Lavoisier 2016

Colson M, Lemaire A, Pinton P, Hamidi K, Klein P. Sexual behaviors and mental perception, satisfaction and expectations of sex life in men and women in France. *J Sex Med.* 2006;3:121-31.

Engman M, Wijma K, Wijma B. Long-term coital behaviour in women treated with cognitive behaviour therapy for superficial coital pain and vaginismus. *Cogn Behav Ther.* 2010;39:193-202.

Huguier P. Dissertation sur quelques points d'anatomie, de physiologie et de pathologie. Paris, France ; 1834.

Jeng C-J, Wang L-R, Chou C-S, Shen J, Tzeng C-R. Management and outcome of primary vaginismus. *J Sex Marital Ther.* 2006;32:379-87.

Kroger WS, Freed SC. Psychosomatic aspects of frigidity. *J Am Med Assoc.* 1950;143:526-32.

Masters WH, Johnson VE. Human sexual response. Boston: Little, Brown & Co; 1966.

Ohkawa R. Vaginismus is better not included in sexual pain disorder. *J Sex Marital Ther.* 2001;27:191-2.

Roubaud F. Traité de l'impuissance et de la stérilité. Bailliere édit Paris 1876

Van Lankveld J, Brewaeyns A, ter Kuile M, Weijnenborg PTM. Difficulties in the differential diagnosis of vaginismus, dyspareunia and mixed sexual pain disorder. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* 1995;16:201-9.

Visca PF. Du vaginisme .Delahaye édit Paris 1870