



La dyspareunie : les aspects psychologiques

La rubrique *Les soins au féminin* est coordonnée par le Dr Pierre Fugère. Il est professeur titulaire, Université de Montréal, et obstétricien-gynécologue, Centre hospitalier de l'Université de Montréal, Hôpital Saint-Luc, Montréal.

Par Sylvie Champagne, Ph.D., et Sylvie Martin, M.Ps.

La dyspareunie a été une des premières dysfonctions sexuelles à être reconnue comme telle à l'époque de la Grèce antique.¹ Si on se reporte à ses souches étymologiques, la dyspareunie signifie une difficulté ou un malaise associé à l'accouplement.² Au XX^{ème} siècle, principalement pendant les années 1960 et 1970, qui

marquaient le début de la révolution sexuelle, les dysfonctions sexuelles ont retenu davantage l'attention des chercheurs. Cette période a permis à la dyspareunie de quitter les rangs exclusifs des conflits hystériques. Ainsi, même si cette dysfonction semble être des plus communes, très peu de recherches scientifiques ont été

M^{me} Champagne est psychologue à la Clinique Chérier et au Centre de réadaptation Lucie-Bruneau. Elle s'intéresse particulièrement aux problèmes de douleurs chroniques et aux stratégies d'adaptation.

M^{me} Martin est psychologue à la Psychoclinique Dubreuil et associés. Elle s'intéresse aux problèmes relationnels.

menées sur le sujet. Encore aujourd'hui, cette dysfonction s'avère difficile à cerner autant sur le plan de sa définition que de sa cause.³

Qu'est-ce que la dyspareunie?

Le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, 4^{ième} édition (DSM-IV), a proposé une définition : une douleur répétée ou persistante ressentie pendant les relations sexuelles.⁴ Cette douleur, habituellement éprouvée pendant le coït, peut aussi se manifester lors des préliminaires ou après la relation se-



xuelle. Le trouble doit causer une détresse ou des difficultés interpersonnelles marquées. De plus, il ne doit pas être dû exclusivement à un vaginisme, à un manque de lubrification ou aux effets physiologiques associés à la prise de médicament, à un abus de drogue ou à un trouble d'ordre médical.

Quelle est sa prévalence?

Il est difficile de connaître l'incidence réelle de la dyspareunie et d'avoir des méthodes d'évaluation spécifiques à cette difficulté sexuelle. La prévalence de la dyspareunie dépend de la définition de ce trouble adoptée pour la recherche et de l'échantillon utilisé.⁴ Si l'on se fie aux enquêtes communautaires, la variabilité de l'incidence de la dyspareunie se situerait entre 8 % et 23 %.³⁻¹³ Ce problème demeure très peu rapporté par les femmes, qui ne parlent pas d'emblée de leurs difficultés sexuelles.^{5,14-16} Il est donc recommandé aux cliniciens de s'en informer avec ouverture et réceptivité. De plus, la dyspareunie est rarement le principal motif de consultation et coexiste fréquemment avec d'autres dysfonctions sexuelles qui deviennent la raison de consultation.^{12,17,18} Toutefois, quelques auteurs se sont attardés à l'étude de l'incidence de la dyspareunie; tout de suite après l'anorgasmie, la dyspareunie est la dysfonction la plus commune chez la femme.^{12,18} Une augmentation de l'incidence de la dyspareunie a été observée au cours des dernières années; un taux de prévalence de 46 % a été rapporté dans un échantillon de femmes sexuellement actives (tableau 1). Par ailleurs, jusqu'à 60 % des femmes affirment avoir des problèmes de dyspareunie quand le terme est utilisé au sens large tel que de la douleur ressentie au moment de la pénétration.³

Les méthodes d'évaluation

L'examen gynécologique et l'entrevue clinique demeurent les meilleurs outils disponibles pour diagnostiquer la dyspareunie. L'évaluation de l'implication des facteurs psychologiques et de leurs rôles est une étape essentielle de ce processus. D'ailleurs, la découverte d'une cause organique à la dyspareunie n'empêche

Les soins au féminin

Tableau 1

La prévalence de la dyspareunie

Dysfonction la plus commune chez la femme, après l'anorgasmie

Augmentation de l'incidence au cours des dernières années

Taux de prévalence actuel autour de 46 %

Tableau 2

Les différents aspects de l'évaluation

Dimension physique

Dimension psychologique

Dimension relationnelle

pas la présence de facteurs psychologiques. De plus, si aucune cause organique n'explique la douleur, le diagnostic « il n'y a rien d'anormal avec vous » laisse la patiente ambivalente et confuse par rapport à la douleur réelle et à ses conséquences sur sa vie.²⁰ Voilà pourquoi il est important d'évaluer les dimensions physique, psychologique et relationnelle chez toute patiente souffrant de dyspareunie (tableau 2).⁸

Le diagnostic se base sur un examen gynécologique approfondi afin d'écartier la possibilité que la douleur soit causée par une lésion ou une infection. Quant aux aspects psychologiques, il faut d'abord dresser les antécédents du trouble sexuel, c'est-à-dire le moment et les circonstances d'apparition du trouble, son évolution et sa progression. Une description détaillée des expé-

riences sexuelles actuelles de la patiente est aussi nécessaire. Ensuite, une évaluation médicale s'avère importante pour s'assurer que la prise de médicament ou une maladie n'interfèrent pas avec l'évolution ou le maintien du trouble sexuel.

Le processus d'évaluation doit situer la douleur sexuelle dans son contexte, car le problème dépasse souvent l'aspect sexuel. Pour ce faire, il est important de connaître les antécédents lointains et immédiats du problème ainsi que les conséquences de ce dernier sur l'individu et son environnement. De plus, il est essentiel de saisir le processus d'apprentissage à l'origine de la dyspareunie, ainsi que de rechercher les facteurs de maintien qui font persister le problème.⁷ Le fait d'éviter les relations sexuelles afin d'abaisser le niveau d'anxiété qui y est



Nexium® est indiqué dans le traitement des affections où une diminution de la sécrétion acide gastrique est nécessaire. Veuillez consulter la monographie pour connaître le type de patients, les précautions et les mises en garde.

Nexium® est une marque de commerce d'AstraZeneca AB utilisée sous licence par AstraZeneca Canada Inc. Le logo d'AstraZeneca est une marque de commerce d'AstraZeneca PLC utilisée sous licence par AstraZeneca Canada Inc.

AstraZeneca

1881-1121

COPT

R&D

associé est un facteur de maintien pertinent à évaluer. Il en est de même pour le discours intérieur que la patiente entretient à propos d'elle-même, de son partenaire, de sa relation de couple et de sa sexualité, qui renforce l'anticipation de la douleur et l'anxiété.⁶ Les attitudes, réactions, exigences et les comportements du partenaire sexuel sont aussi importants à évaluer. En effet, certains partenaires participent au maintien du problème en acceptant facilement de ne pas être l'incitateur du changement et en tolérant la situation sexuelle dysfonctionnelle.⁶ Enfin, il semble que toute dysfonction sexuelle peut se maintenir lorsqu'elle remplit une fonction adaptative à l'intérieur de la relation conjugale comme se venger, exprimer l'attention et la compassion.⁷



Les principales causes psychologiques

Il convient de retenir deux points. Premièrement, les causes psychologiques de la dyspareunie d'ordre intrapsychique, sexuel, éducationnel ou relationnel vont parfois se recouper et former un amalgame complexe de facteurs intrapersonnels et interpersonnels (tableau 3). Si tel est le cas, le traitement privilégié devra tenir compte de l'ensemble des dimensions en cause. Deuxièmement, la cause de



Tableau 3

Les causes psychologiques de la dyspareunie

Facteurs développementaux (influences familiales et culturelles)

Facteurs traumatiques (interventions médicales douloureuses, punitions liées à la masturbation, sévices sexuels)

Facteurs relationnels (déficits en ce qui a trait aux habiletés sexuelles, sentiments et attitudes néfastes)

Adapté de : Lazarus, AA : Dyspareunia: A Multimodal Pshychotherapeutic Perspective. Dans : *Principles and Practice of Sex Therapy*, Leiblum et Rosen (éd.), deuxième édition, Guilford Press, New York, 1989, p.89.

la dyspareunie résulte d'une interaction entre des facteurs physiologiques et psychologiques. Les facteurs sociaux occupent aussi une grande place, d'où l'importance d'utiliser une approche bio-psycho-sociale pour favoriser une évaluation complète de l'origine complexe de la dyspareunie.

Les conséquences

Si la dyspareunie n'est pas traitée, celle-ci risque d'avoir des conséquences considérables chez la femme, son partenaire et leur relation de couple. La femme dyspareuniqu

Les soins au féminin

risque d'éprouver diverses émotions négatives; déception, peur, frustration, culpabilité, solitude et humiliation sont fréquentes.^{8,10} Les sentiments de ne pas être adéquate et de ne pas être « normale » peuvent contribuer à une importante perte d'estime de soi. Des réactions dépressives sont aussi possibles.^{1,10,11} La femme peut également voir apparaître d'autres dysfonctions sexuelles. En effet, certaines femmes dyspareuniques présentent des troubles de désir, d'excitation et de l'orgasme.^{19,21,23}

Le partenaire sexuel peut aussi éprouver une perte d'estime de soi en entretenant des pensées négatives selon lesquelles il n'est pas un bon amant. Il peut aussi considérer l'incapacité de sa partenaire comme une façon de le repousser ou de le refuser. Ainsi, la dyspareunie chez la femme peut entraîner un phénomène d'impuissance secondaire ou d'éjaculation prématurée chez l'homme.^{2,22}

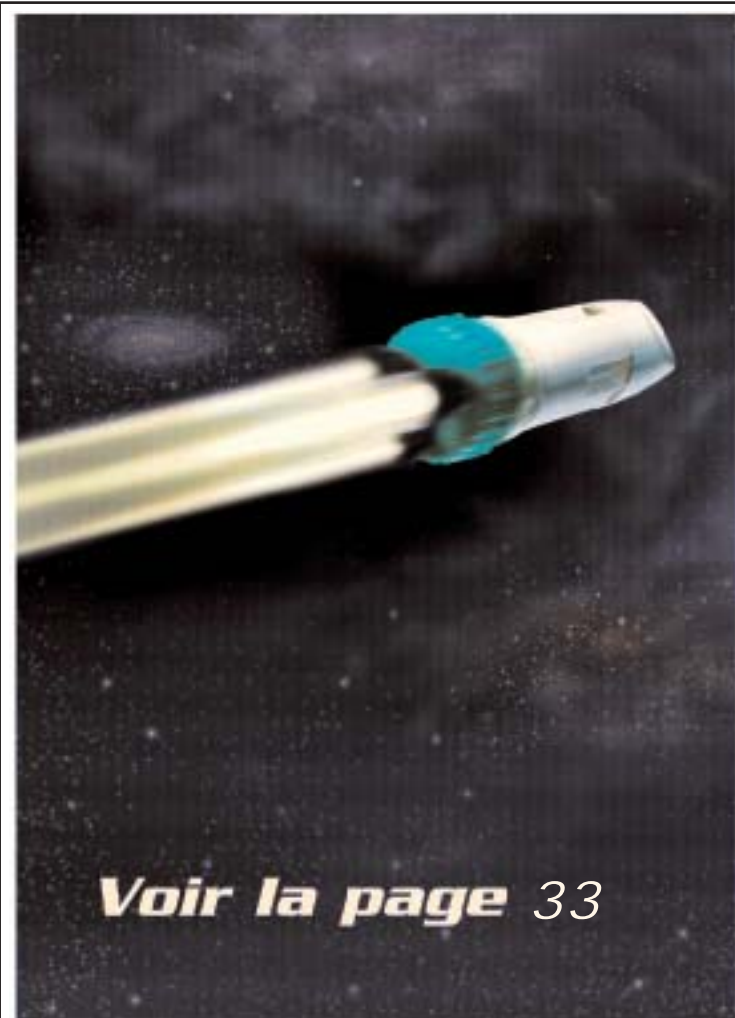
En ce qui a trait à la relation conjugale, la perte d'intimité est fréquente et se traduit par une baisse de gestes affectueux comme les baisers et les caresses ou une dérobade devant ceux-ci, par peur qu'ils s'intensifient et entraînent une relation sexuelle.^{8,10,21} Les troubles sexuels peuvent engendrer des pensées négatives envers soi, le partenaire et la relation de couple. Celles-ci peuvent se généraliser à l'ensemble de la vie à deux et créer un cercle vicieux où les problèmes sexuels et non sexuels s'exacerbent entre eux.²¹

Les traitements offerts

La thérapie sexuelle est un des traitements offerts. Son bon déroulement exige la présence de certains facteurs qui favoriseront le rétablissement de la femme dyspareunique. La motivation au changement est un facteur crucial.²⁴ Celle-ci fluctue entre autres selon la qualité de la relation de couple.

La thérapie sexuelle offre plusieurs stratégies qui s'appliquent autant au traitement de la dyspareunie organique qu'à celui de la dyspareunie découlant de

facteurs psychologiques. Évidemment, si une affection physique est la principale source de douleur, des interventions médicales et chirurgicales sont d'abord recommandées. Cependant, lorsque la douleur sexuelle est présente depuis longtemps, il est recommandé que toute intervention médicale soit suivie d'une thérapie sexuelle.^{1,19} Lorsque l'expérience de la douleur se prolonge de façon significative, un cercle vicieux s'installe; des schémas acquis d'anticipation de la douleur nuisent aux processus d'excitation et de lubrification, causant ainsi une amplification de la douleur sexuelle.^{16,25} La restructuration de ces schémas cognitifs acquis n'est pas simple, même si le problème organique à la source peut être réglé par une intervention chirurgicale.



Voir la page 33



Les sentiments de ne pas être adéquate et de ne pas être « normale » peuvent contribuer à une importante perte d'estime de soi.

La désensibilisation systématique et *in vivo*, les exercices de dilatation, les exercices pubococcygiens, la relaxation, la restructuration cognitive, ainsi que l'affirmation de soi sont autant de moyens offerts en thérapie sexuelle pour traiter la dyspareunie. Cependant, la rééducation du couple au sujet de la sexualité et de la communication constitue, dans bien des cas, la toute première stratégie thérapeutique à appliquer. Ces stratégies d'intervention peuvent être utilisées séparément, mais une combinaison de celles-ci s'avère fréquemment le traitement de choix.^{9,21,26}

De toutes les options offertes pour traiter la dyspareunie, les exercices de dilatation vaginale sont les plus

utilisés.^{19,22,25,26} Ils consistent à insérer graduellement à l'intérieur du vagin des dilateurs de dimensions variées. Ceux-ci peuvent être utilisés pour commencer la désensibilisation systématique *in vivo*.^{27,28} Quant aux exercices pubococcygiens, aussi appelés exercices de Kegel,²⁹ ils consistent en une série de contractions-relaxations volontaires des muscles pubococcygiens. Ces exercices permettent d'augmenter la sensibilité vaginale en restaurant ou en renforçant cette musculature.⁷ Ils aident surtout la femme à prendre conscience qu'elle peut exercer une certaine maîtrise sur les sensations de la région génitale et peuvent par la suite être combinés plus facilement à des exercices de dilatation.⁶ La rétroaction biologique (*biofeedback*) peut également être utilisée dans certains cas. Enfin, l'apprentissage d'une technique de relaxation est recommandée pour faciliter l'exécution des exercices mentionnés ci-dessus.^{6,26}

Conclusion

Les études portant sur les causes psychologiques et les traitements de la dyspareunie ont fait leur apparition il y a une dizaine d'années.³⁰⁻³⁵ De plus en plus de recherches empiriques sont menées. Même si l'étude de la dyspareunie est devenue, au fil des années, un défi de taille à cause de la complexité et de la multidimensionalité de la douleur qui la caractérise, elle n'en demeure pas moins nécessaire et stimulante.

Références

1. Fordney, DS : Dyspareunia and Vaginismus. Clin Obstet Gynecol 21:205,1978.
2. Steege, JF : Dyspareunia and Vaginismus. Clin Obstet Gynecol 27:750,1984.
3. American Psychiatric Association : *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Quatrième édition, Washington, 1994, p.513.
4. Heim, LJ : Evaluation and differential diagnosis of dyspareunia. Am Fam Physician 63(8):1535, 2001.
5. Canavan, TP, Heckman, CD : Dyspareunia in women: Breaking the silence is the first step toward treatment. Postgrad Med 108(2):149, 2000.
6. Poudat, FX, Jarousse, N : *Traitement comportemental et cognitif des difficultés sexuelles*. Masson, Paris, 1992.
7. Trudel, G : *Les dysfonction sexuelles. Évaluation et traitement*. Presses de l'Université du Québec, Québec, 1988.
8. Lamont, JA : Female dyspareunia. Am J Obstet Gynecol 136:282, 1980.
9. Lazarus, AA : Dyspareunia: A Multimodal Psychotherapeutic Perspective. Dans : *Principles and Practice of Sex Therapy*, Leiblum et Rosen (éd.), deuxième édition, Guilford Press, New York, 1989, p.89.

Les soins au féminin

10. Jehu, D : *Sexual Dysfunction. A behavioural approach to causation, assessment, and treatment.* Wiley (éd.), New York, 1979.
11. Kaplan, HS : *The Evaluation of Sexual Disorders: Psychological and Medical Aspects.* Brunner/Mazel (éd.), New York, 1983.
12. Master, WH, Johnson, VE : *Les mésententes sexuelles et leur traitement.* Robert Laffont, Paris, 1970.
13. Spector, IP, Carey, MP : Incidence and Prevalence of the Sexual Dysfunctions: A Critical Review of the Empirical Literature. *Arch Sex Behav* 19:389, 1990.
14. Schellen, TMC : Dyspareunia, an Increasing Symptom in Gynecology. *Int J Fertil* 28:116, 1983.
15. Glatt, AE, Zinner, SH, McCormack, WM : The Prevalence of Dyspareunia. *Obstet Gynecol*, 75:433, 1990.
16. Sarazin, SK, Seymour, SF : Causes and Treatment Options for Women with Dyspareunia. *Nurse Pract* 16:30, 1991.
17. Semmens, JP, Semmens, JF : Dyspareunia. *Brief Guide to Office Counseling. Medical Aspects of Human Sexuality* 8:85, 1974.
18. Kaplan, HS : *The New Sex Therapy: Active Treatment of Sexual Dysfunction.* Brunner/Mazel (éd.), New York, 1974.
19. Goldberg, M, Wabrek, AJ, Young, RL : Dyspareunia, an uncomfortable topic. *Patient Care* 4:57, 1987.
20. Black, JS : Sexual Dysfunction and Dyspareunia in the Otherwise Normal Pelvis. *Journal of Sex Health* 12:28, 1991.
21. Spence, SH : *Psychosexual Therapy. A Cognitive-Behavioural Approach.* Chapman & Hall (éd.), London, 1991.
22. Kaplan, HS : *La nouvelle thérapie sexuelle.* Buchet/Chastel (éd.), Paris, 1979.
23. Abarbanel, AR : Diagnosis and Treatment of Coital Discomfort. Dans : *Handbook of Sex Therapy*, Plenum Press, New York, 1978, p.241.
24. Leiblum, SR, Pervin, LA, Campbell, EH : The Treatment of Vaginismus: Success and Failure. Dans : *Principles and Practice of Sex Therapy*, Leiblum et Rosen, deuxième édition, Guilford Press, New York, 1989, p. 113.
25. Jarvis, GJ : Dyspareunia. *BMJ* 288:1555, 1984.
26. Harlow, RA : Dyspareunia. *Practitioner* 202:393, 1969.
27. Cooper, AJ : An Innovation in the "behavioral" treatment of a case non-consummation due to vaginismus. *Br J Psychiatry* 115:721, 1969.
28. Haslam, ML : The treatment of psychogenic dyspareunia by reciprocal inhibition. *Br J Psychiatry* 111: 280, 1965.
29. Kegel, AH : Sexual functions of the pubococcygens muscle. *West J Surg Obstet Gynecol* 60:521, 1952.
30. Meana, M, Binik, YM, Khalife, S, et coll. : Biopsychosocial profile of women with dyspareunia. *Obstet Gynecol* 90:583, 1997.
31. Meana, M, Binik, YM, Khalife, S, et coll. : Dyspareunia: sexual dysfunction or pain syndrome? *J Nerv Ment Dis* 185(9):561, 1997.
32. Meana, M, Binik, YM, Khalife, S, et coll. : Affect and marital adjustment in women's rating of dyspareunic pain. *Can J Psychiatry* 43(4):381, 1998.
33. Butcher, J : Female sexual problems II: Sexual pain and sexual fears. *BMJ* 318:110, 1999.
34. Marin, MG, King, R, Dennerstein, GJ, et coll. : Dyspareunia and vulvar disease. *J Reprod Med* 43(11):952, 1998.
35. Bergeron, S, Dinik, YM, Khalife, S, et coll. : A randomized comparison of group cognitive-behavioral therapy, surface electromyographic feedback, and vestibulectomy in the treatment of dyspareunia resulting from vulvar vestibulitis. *Pain* 91(3):297, 2001.

Les sains dessins

Les Producteurs laitiers du Canada



Fait : Le lait et le yogourt sont les meilleures sources de riboflavine.