

Les mariages non consommés : problème de couple

Autor(en): **Pasini, Willy**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Schweizer Hebamme : offizielle Zeitschrift des Schweizerischen Hebammenverbandes = Sage-femme suisse : journal officiel de l'Association suisse des sages-femmes = Levatrice svizzera : giornale ufficiale dell'Associazione svizzera delle levatrici**

Band (Jahr): **78 (1980)**

Heft 6

PDF erstellt am: **22.07.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-951163>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Les mariages non consommés, problème de couple

Professeur Willy Pasini

Directeur de l'Unité de Gynécologie Psychosomatique et de Sexologie.

Faculté de médecine. Genève.

Extrait du Journal d'informations médicales Médecine et Hygiène. Genève.

La répartition traditionnelle qui divise les mariages non consommés comme étant d'origine masculine ou féminine est aujourd'hui dépassée parce que, dans les trois quarts des cas, l'élément primordial pour le diagnostic et la thérapeutique réside dans la dynamique du couple.

La thérapie brève la plus efficace est, à mon avis, celle qui s'adresse au couple considéré comme une entité unique, tendance remise en valeur par les Drs *Masters* et *Johnson* (7) aux Etats-Unis et par les Français qui l'appellent «hyménologie.» Cette démarche, que j'ai appliquée en 1970 à quinze couples qui n'avaient pas consommé leur mariage, semble concilier les avantages offerts par la psychanalyse et les techniques de conditionnement.

Pour commencer, je vais brièvement signaler les formes d'impuissance masculine et le vaginisme-dyspareunie chez la femme qui sont à la base de la plupart des mariages non consommés.

On retrouve parfois des impuissances par manque d'envie, le mariage ayant été célébré pour des raisons sociales et dans un but uniquement reproductif; elles ont un pronostic très sévère. Il y a d'autres manifestations plus fréquentes qui sont les formes d'éjaculation précoce avec, souvent, une érection insuffisante qui y est associée. Ces cas-là ont un meilleur pronostic de même que l'autre forme, assez fréquente, d'une érection sexuelle dissociée: l'envie sexuelle et l'excitabilité sont normales, mais c'est la pénétration qui effraie ces maris souvent anxieux et timides (fantasme du vagin denté).

Chez la femme, à part quelques refus absolus d'envisager l'acte sexuel, on retrouve le plus souvent la dyspareunie et/ou le vaginisme. On entend par dyspareunie un coït douloureux. Elle peut être superficielle ou profonde, et dans 50 à 80%

des cas elle a une composante organique. Quand la dyspareunie est psychogène, elle a quelquefois une signification hystérique de bénéfice secondaire, mais le plus souvent elle exprime une forte hostilité de la femme à l'égard de l'homme et de la sexualité dans son ensemble. Ce sont des femmes plutôt obsessionnelles et, à mon avis, le pronostic est sévère. Ceci les distingue complètement des cas de vaginisme où les personnalités sont plutôt de type hystéro-phobique: chez elles la libido est intacte, mais un réflexe de peur empêche la réalisation de l'acte sexuel.

Il faut entendre par vaginisme une contraction réflexe involontaire du muscle releveur de l'anus (constricteur du vagin) rendant les relations sexuelles impossibles. Dans de rares cas de vaginisme est de rétention et non à la pénétration. Il n'est pas douloureux en soi, et la libido est souvent maintenue. J'ai volontairement insisté sur cette différence qui peut paraître artificielle parce que, pour la compréhension psychodynamique, elle est essentielle. Par contre, cliniquement souvent vaginisme et dyspareunie se superposent parce que des essais de pénétration, malgré les contractions musculaires, déclenchent la douleur et qu'une dyspareunie provoque des mécanismes de contraction musculaire comme réflexe de défense. La fréquence du vaginisme est d'environ 1 à 2%, et le fantasme sous-jacent fondamental est de type agressif, sadique. Autant, très souvent, dans la frigidité on remarque une perturbation de la lignée érotique, autant dans le vaginisme on a affaire à une pathologie de l'instinct agressif. Pendant longtemps, en particulier aux Etats-Unis, l'approche psychologique du vaginisme a été négligée en fonction d'un diagnostic et d'une thérapeutique éminemment organiques, alors que les af-

fections organiques existent dans moins de 10% des cas.

C'est *Hilda Abraham* (1) qui, la première, en 1956, a élaboré une forme de psychothérapie brève pour les cas de vaginisme, mais sans y associer de technique locale. Par contre, en Europe, le Dr *Balint* à Londres a développé il y a dix ans une technique mixte de relaxation locale et de compréhension psychologique de la femme. Les observations de *Balint* ont été résumées par *Friedman* (2) dans le livre *Virgin Wives* en 1962, et il y décrit trois types de femmes:

1. «*La Belle au bois dormant*»: femme infantile qui continue à vivre avec son mari une relation fraternelle. Il s'agit de couples dépendant des parents qui restent souvent des étudiants éternels; ce sont les cas les plus fréquents et les moins graves. Une thérapie active qui les secoue un peu est souvent efficace.

2. «*Brunhilde*»: la relation sexuelle est vécue comme une bataille de sexes avec angoisse que la féminité soit un indice de faiblesse et de passivité. La thérapie, dans ces cas-là, sera tout à fait différente du premier groupe, et il faudra permettre à ces femmes d'être actives dans la décision de consommer l'acte sexuel.

3. «*La Reine des Abeilles*»: ces femmes veulent de l'homme un enfant mais refusent la sexualité. L'acte sexuel est sale, humiliant; il est uniquement une nécessité pénible pour devenir enceinte. Le pronostic est beaucoup plus sévère.

La fréquence des mariages non consommés est difficile à établir en fonction de la durée de la non-consommation et du fait que beaucoup de couples ne consultent pas. Néanmoins, *Kinsey* (5) signale, dans une statistique portant sur un grand nombre de cas, qu'environ 2% des couples en âge de copulation ne consomment pas. Un autre chiffre confirmé en Amérique indique qu'au moins 5% des cas de stérilité sont dus en réalité à la non-consommation (*Stallworthy* [11], *Sturgis* [12], *Maleson* [6]).

On connaît le cas historique de Louis XIII marié à Anne d'Autriche à 14 ans et qui, malgré les pressions du cardinal, ne la mettait pas enceinte jusqu'au moment où, trois ans plus tard, celui-ci s'est rendu compte que le mariage n'était pas consommé. Ce n'est qu'après six ans que naquit le futur Louis XIV. Plus tardivement, en France *Hélène Michel-Wolffromm* (8) commence à étudier, non pas la femme ou l'hom-

me séparément, mais la psychologie du couple. Elle déclare que ce n'est pas par hasard que ces couples se choisissent, que souvent les maris des femmes vaginiques sont très timides et peu agressifs, et que ces femmes sont, soit masculines, soit infantiles.

Hilda Abraham (1) a mis l'accent sur la passivité de ces maris et rappelle l'hypothèse de *Freud* (4) dans «Le tabou de la virginité», que celui-ci serait développé pour protéger le mari contre des réactions archaïques d'hostilité féminine déclenchée par la défloration. Dans la recherche de *Friedman et Balint* (2), les maris n'ont été interviewés que dans un quart des cas, et ce fait n'a pas influencé le pronostic. Néanmoins, la puissance des maris était perturbée au départ dans la moitié des cas interrogés; d'autre part 13% des hommes sont devenus impuissants après la guérison de leur femme. Ces réactions négatives justifient d'autant plus l'idée de s'occuper du couple.

Ma casuistique personnelle porte sur quinze couples; dix d'entre eux ont consulté dans un but sexuel et les cinq autres, avant tout pour avoir un enfant. Le pronostic n'est pas différent pour les deux groupes. Dans les trois quarts des cas l'aspect relationnel du couple était si primaire qu'il déterminait la conclusion patrique de les traiter ensemble. Je les ai vus entre une et cinq fois, et douze sur quinze ont abouti à la consommation du mariage qui, pour certains, n'avait pas eu lieu depuis dix ans.

Dans les cas de gravité moyenne ou légère, une information réaliste sur la physiologie de l'acte sexuel a en soi une fonction thérapeutique. Ceci empêche beaucoup de honte et de fantasmes sadiques. Il faut parler de technique, de positions dans l'acte sexuel, avec aisance et d'une façon précise. Parfois on donne un livre pour que des questions soient soulevées à la consultation suivante. Il faut voir si le blocage se situe au niveau de la crainte de la paternité et de la maternité ou s'il s'agit plutôt d'une inhibition ou d'une aversion face à la sexualité. Les couples que j'ai observés le plus souvent sont:

- a) une femme souffrant de vaginisme et le partenaire d'éjaculation précoce;
- b) deux grands enfants bien sages qui prolongent (comme le dit *Friedman* (3) une relation fraternelle;
- c) deux obsessionnels honteux et inhibés.

Dans les cas graves, en revanche,

l'acte sexuel est vécu comme une destruction et un morcellement mutuels qui dépassent de loin la crainte de la pénétration. Il s'agit souvent de «borderlines» ou de structures psychotiques que la thérapeutique doit plutôt aider à se maintenir dans l'équilibre acquis, entre autres en évitant la consommation de l'acte sexuel.

En ligne générale, le problème fondamental de ces couples est celui d'une agressivité mal intégrée, tandis qu'il est plus rare d'observer d'importantes déviations de la libido.

La technique utilisée pendant ces quelques séances varie selon les auteurs dont la plupart n'associent pas l'homme dans le traitement. Pour ma part, j'ai toujours un entretien verbal avec le couple et, dans un deuxième temps, je fais effectuer un examen gynécologique si cela est nécessaire.

A Genève, le professeur *W. Geisendorf* m'a fait part plusieurs fois de résultats très positifs obtenus en apprenant à la femme à assouplir elle-même l'anneau vulvaire et l'entrée du vagin avec son doigt enduit d'une crème aux oestrogènes; les essais avec le mari, jusqu'alors infructueux, ne sont repris que lorsque la femme admet l'intromission sans douleur et sans angoisse.

M. de Senarclens (10) essaie de faire en sorte que la femme s'examine elle-même («stretching» ou massage digital du vagin). Cette formule vise à la fois à relaxer les muscles du vagin et à reconstituer un schéma corporel exact des régions génitales. *Hélène Michel-Wolfromm* (9) a, par contre, souvent utilisé des dilateurs (bougies diathermiques) en pensant que

- a) pour certaines femmes ces bougies sont moins culpabilisantes qu'un message digital qui peut réveiller des fantasmes masturbatoires;
- b) la patiente peut les emporter à la maison comme une symbole de la permission médicale d'accomplir l'acte sexuel.

Quant à moi, je préfère d'emblée remplacer la bougie par le mari. Ce que je leur donne souvent à emporter, c'est un livre de technique sexuelle, non pas que sa lecture soit d'une importance capitale, mais parce que le livre peut être notre «objet relationnel» par rapport à la femme comme, dans d'autres cas, on prescrit un médicament pour que la patiente revienne discuter de ses problèmes.

Les consultations seront rappor-

chées si les personnes sont très dépendantes et suggestibles ou, en revanche, espacées si elles ont acquis une certaine capacité d'élaboration personnelle.

Pour que ce traitement, qui concerne le couple et qui est à la fois psychothérapique et technique, ait le maximum d'efficacité, il est nécessaire que le médecin connaisse et contrôle ses contre-attitudes qui sont fréquentes face à ce sujet à forte tonalité émotionnelle, et qu'il adapte son intervention aux besoins des patients. Certaines femmes demandent une permission, d'autres la bagarre. Un de mes couples a guéri parce que je lui ai dit que j'étais tellement sûr que «cela marcherait» qu'il n'était pas nécessaire de me consulter à nouveau. A l'opposé, j'ai aussi guéri une «Brunhilde» en lui disant exprès qu'elle avait peur des hommes. A la séance suivante elle est arrivée triomphante en déclarant que j'avais eu tort, qu'elle n'avait pas eu peur et avait bien consommé son mariage! (En réalité, c'était pour me montrer qu'elle était plus forte que moi, qu'elle avait consommé!)

Il sera bénéfique que le médecin ait pris conscience de son éventuelle envie excessive de guérir, de sa tendance à rejeter les couples désagréables, et qu'il ait surmonté la peur de ses tendances voyeuristes lorsqu'il est amené à s'occuper de la vie intime du couple. S'il ne croit pas aux miracles mais qu'il est convaincu que son intervention aura une valeur thérapeutique, il sera dans les meilleures conditions pour traiter les mariages non consommés.

Conclusion

Cette thérapie peut se résumer à une intervention active et brève sur la base d'une compréhension psychanalytique de la dynamique intrapsychique et relationnelle du couple. Le «stretching», les bougies, les livres ou les mots devraient être choisis en fonction de la personnalité des gens et n'offrent pas, à mon avis, des avantages décisifs les uns par rapport aux autres. Par contre, il paraît souhaitable de commencer par cette thérapie active et de réserver des traitements psychothérapiques prolongés à des structures névrotiques.