

## Le traitement comportemental d'une dyspareunie consécutive à la greffe d'un vagin artificiel

RICHARD GAGNON, MICHEL PLÉCHATY<sup>1</sup>  
UNIVERSITÉ LAVAL

Le traitement d'un problème psychosexuel requiert souvent le recours à plus d'une méthode thérapeutique puisque le symptôme investit plusieurs aspects de la personnalité. Cet article souligne les avantages du modèle multimodal de Lazarus appliqué au traitement d'une dyspareunie consécutive à la greffe d'un vagin artificiel. Rares sont les symptômes de dyspareunie qui présentent une peur bien définie sans absence d'anxiété secondaire, de cognitions irrationnelles et de difficultés dans les relations interpersonnelles.

Du point de vue multimodal, l'analyse fonctionnelle englobe l'évaluation de sept paramètres: 1° les comportements; 2° les affects; 3° les sensations; 4° les imaginations; 5° les cognitions; 6° les relations interpersonnelles et 7° l'usage des médicaments. Une fois établie, cette analyse fonctionnelle aide le thérapeute et le client à saisir la nature exacte des déficits et à choisir les méthodes d'intervention appropriées.

La présentation de l'étude d'un cas en thérapie sexuelle suscite bien des commentaires même si elle est très utilisée comme moyen de démonstration clinique (Caprio, 1955; Kaplan, 1974; Karpman, 1964; Lazarus, 1963). Elle n'échappe pas aux critiques de manque de rigueur scientifique (Bellack et Hersen, 1984; Lacoudeur et Bégin, 1980). Le présent article, tout en acceptant les limites d'un tel exposé, rapporte le traitement comportemental d'une dyspareunie consécutive à la greffe d'un vagin artificiel d'une jeune femme dans la trentaine. L'article illustre l'évaluation clinique de ce problème et le traitement proposé selon l'approche multimodale.

La dyspareunie se définit par la présence de douleurs persistantes d'origines physiologiques ou psychologiques ressenties au niveau du vagin ou du pénis pendant le coït (DSM-III, 1983). Kaplan (1983) élargit cette notion et l'applique à l'activité sexuelle précoïtale, coïtale et postcoïtale. La dyspareunie se manifeste par des sensations de brûlures, de douleurs aiguës, des élançements et des démanagements. Abarbanel (1978) attribue l'origine de la dyspareunie à quatre causes: 1° anatomiques dues à des problèmes congénitaux et à des problèmes de développement qui affectent l'entrée vaginale ou le vagin lui-même; 2° pathologiques qui sont causées par des infections actuelles ou chroniques du tractus génital; 3° psychologiques qui proviennent des peurs imaginaires ou des expériences coïtales pénibles et 4° iatrogéniques qui sont causées par un agent extérieur (par exemple, une intervention chirurgicale). Cette affection, plus commune chez la femme que chez l'homme, est plus souvent psychosomatique chez la femme et organique chez l'homme. L'incidence de ce problème chez les deux sexes n'est pas connue (Masters et Johnson, 1970).

L'anxiété provoquée par l'activité sexuelle et l'anticipation des conséquences négatives (peur de devenir enceinte, peur des maladies vénériennes) sont souvent mentionnées dans l'étiologie de la plupart des dysfonctions sexuelles. Wolpe (1973) croit que l'anxiété produite par le système sympathique inhibe l'excitation sexuelle qui provient du système parasympathique, car les deux systèmes nerveux autonomes sont physiologiquement incompatibles. D'autres facteurs psychologiques jouent un grand rôle dans les dysfonctions sexuelles, tels que le besoin excessif de plaire au parte-

(1) Toute demande de tiré à part, doit être adressée au Dr Michel Pléchaty, École de psychologie, Université Laval, Québec, G1K 7P4

naire ou à la partenaire, la peur de s'abandonner à l'expérience érotique, les sentiments de culpabilité et toute une foule de croyances irrationnelles (Kaplan, 1974). Il n'en reste pas moins vrai que dans la dyspareunie l'anxiété ressentie peut altérer le processus de lubrification lequel, rendant le vagin sec, provoque les sensations de douleur pendant l'activité sexuelle (Masters et Johnson, 1970; Lazarus, 1963; Wolpe, 1973). Lorsqu'il y a répétition du coït douloureux, la dyspareunie devient un réflexe conditionné résultant d'une association entre la crainte de la douleur et les tentatives de pénétrations vaginales (Kaplan, 1974). La théorie psychanalytique n'offre pas d'explication psychodynamique de la dyspareunie. Tout au plus, elle se limite à décrire le vaginisme qui peut, dans certains cas, succéder à la dyspareunie. Selon Fenichel (1945), le vaginisme ne représente pas seulement l'inhibition de l'excitation sexuelle, mais maintient cette inhibition en rendant impossible la pénétration.

Avant l'avènement des thérapies comportementales, la psychanalyse et la psychothérapie d'inspiration analytique avaient la vedette. La thérapie était centrée sur la résolution des conflits profonds et inconscients et qui tenaient leur racine dans l'enfance (Fenichel, 1945). Cependant, cette cure longue et coûteuse apportait peu de résultats. Dans une étude de 61 femmes souffrant de frigidité totale ou partielle, 25% de ces femmes ont été guéries après deux ans de psychanalyse à raison de quatre fois par semaine et 35% de femmes ont été améliorées (O'Connor et Stern, 1972). De plus, le traitement psychanalytique, en mettant de l'insistance sur la prise de conscience des symptômes sexuels, encourage probablement chez le (la) patient(e) le développement d'une vigilance méfiante envers son symptôme, laquelle vigilance est une des causes désastreuses dans les dysfonctions sexuelles (Lurie et al., 1987).

Il est paradoxal de constater que la psychanalyse, qui a mis tant d'emphasis sur la sexualité et le développement psychosexuel de l'individu, ait apporté si peu dans le développement des thérapies sexuelles actuelles (Leiblum et Pervin, 1980). Le traitement comportemental des problèmes sexuels remonte aux années 1950-1960. Le traitement aversif en particulier centré sur les comportements déviants (Feldman, 1966; Feldman et MacCullough, 1971; Marks et Gelder, 1967) et la désensibilisation systématique (Wolpe, 1958) étaient les principales techniques. Ces méthodes cherchaient plus à éliminer des comportements non désirés qu'à développer des options appropriées (Bancroft, 1977). Quelques années plus tard, le répertoire des méthodes comportementales s'élargit et comprend, par exemple, le reconditionnement masturbatoire, l'accroissement de l'imaginaire érotique, des exercices que les couples doivent faire à la maison, les séances de sensibilisation corporelle (Leiblum et Pervin, 1980) et l'entraînement à des habiletés de communication et à l'expression des émotions, des goûts et des préférences dans le domaine sexuel (Wright, 1985). Bref, la thérapie comportementale dans les dysfonctions, déviations et d'autres problèmes associés comme la dyspareunie, est préférable à d'autres traitements car la sexualité est beaucoup plus agissante (ou active) qu'il n'est dit et cet adage requiert une thérapie centrée sur l'action (Hartman et Fithian, 1974). L'efficacité des thérapies comportementales dans les problèmes sexuels est bien démontrée: au-delà de 80% de succès (Brady, 1966; Dekker et al., 1985; Kinder et Blakeney, 1977; Masters et Johnson, 1970; Wolpe, 1973). Reynolds (1977) en faisant une revue critique des différentes méthodes de traitement (psychanalytique, comportementale, sexuelle) pour la dysfonction érectile, ne trouve pas de méthode supérieure à l'autre pour la guérison de ce problème.

Il est intéressant de noter l'intérêt en thérapie comportementale à préférer les prises en charge multimodales aux prises en charge focalisées et symptomatiques (Lazarus, 1976, 1985; Poudat et Jarrousse, 1985; Zilbergeld, 1982). Cette prise en charge multimodale s'applique très bien à des problèmes sexuels puisque le symptôme sexuel s'inscrit dans la vie affective, cognitive, comportementale et relationnelle de l'individu. L'approche multimodale est une thérapie adaptée à des besoins particuliers de l'individu et elle est choisie pour le traitement de la jeune femme souffrant

de dyspareunie.

Rares sont les cas de dyspareunie présentant une peur bien définie où il y a absence d'anxiété secondaire et de difficultés dans les relations interpersonnelles. Les facteurs psychologiques expliquant la dyspareunie peuvent être développementaux (une éducation sexuelle rigide et culpabilisante, des informations erronées, des tabous religieux, etc.), traumatiques (liés à des peurs déterminées par certaines expériences antérieures pénibles telles qu'une défloration violente ou un viol ou encore un partenaire maladroît) et relationnels (des caresses préliminaires inadéquates, peur d'être surpris, etc.).

Au point de vue multimodale, l'histoire de cas et son évaluation doivent couvrir sept paramètres: 1° Les comportements (actions, habitudes et réactions); 2° l'affect (émotions et sentiments); 3° les sensations (inconfort physique); 4° les imaginaires (en particulier concernant l'image de soi-même); 5° les cognitions (idées irrationnelles et autoverbalisations négatives envers soi); 6° les relations interpersonnelles (déficits, craintes, évitements); 7° la médication (type, état de santé physique) (Lazarus, 1980).

## MÉTHODE

### Présentation de la cliente

La jeune femme est célibataire, âgée de 32 ans, cadette d'une famille de cinq enfants. À l'âge de onze ans, suite à une malformation congénitale appelée agénésie vaginale, elle subit une orchidectomie bilatérale<sup>1</sup> et à 21 ans une dissection d'un néo-vagin et greffe cutanée<sup>2</sup>.

Une agénésie vaginale désigne l'absence congénitale du vagin. Les agénésies, puisqu'il en existe plusieurs types (corticale, pulmonaire, dentaire, gonadique, ovarienne, etc.), sont définies par un défaut de développement d'un tissu ou d'un organe par absence de maturation ou manque de son ébauche embryonnaire, liées à une anomalie du message héréditaire ou à une embryopathie (Dictionnaire de médecine, 1975, p.24). Dans le cas d'agénésie vaginale, il y a stérilité, donc incapacité d'engendrer (Dictionnaire français de médecine et de biologie, 1970, p.92). Cependant, le canal vaginal artificiel, une fois constitué de façon satisfaisante, est un mécanisme très efficace pour le coït. Les réactions du vagin artificiel comparativement à celle du vagin normal suivent les mêmes quatre phases du cycle de réponse sexuelle de la femme. On note cependant qu'à la phase d'excitation, la production de substance lubrifiante prend habituellement plus longtemps que pour le vagin normal. Des caresses préliminaires plus longues sont nécessaires à l'obtention d'un canal vaginal vraiment lubrifié avant le coït. (Masters et Johnson, 1968).

Pendant la phase en plateau, une vaso-congestion vaginale localisée et apparente et une plate-forme orgasmique se développent dans le tiers externe du canal vaginal artificiel. Lors de la phase orgasmique, l'expression physiologique caractéristique de l'orgasme, pour le vagin artificiel comme pour le vagin normal, est le début des contractions régulières de la plate-forme orgasmique. Ces contractions ont au début une fréquence approximative de 0.8 secondes. La phase de résolution est la même pour les deux vagins: la disparition de la vaso-congestion et l'involution du chancrement de couleur de la peau des petites lèvres. (Masters et Johnson, 1968).

Durant cette période de six ans, suivant l'opération, elle pratique le coït avec des

<sup>1</sup> L'ablation de deux testicules féminisants dans les canaux inguinaux.

<sup>2</sup> La construction d'un nouveau vagin par le biais de la chirurgie plastique.

partenaires différents, sans ressentir de la douleur proprement dite, mais en sentant le pénis appuyer au fond du vagin. A l'âge de 26 ans, elle entretient une relation où règne une passion réciproque qui dure six mois. Après cette relation, elle commence à craindre les relations sexuelles, car elle ressent de la douleur au niveau du vagin. On note ici comme facteurs précipitants, la perte de la relation amoureuse, une difficulté à lubrifier et des partenaires maladroit. De 26 à 30 ans, elle n'a que quelques relations sexuelles qui lui causent beaucoup de douleurs vaginales. Un examen gynécologique révèle une sténose<sup>3</sup> au tiers supérieur du vagin et une intervention chirurgicale est pratiquée. Le rapport médical indique que la cliente peut jouir d'une vie sexuelle satisfaisante, mais cette dernière continue à ressentir de la douleur au fond du vagin lors des relations sexuelles. Un an et demi avant de consulter, elle s'abstient de relations sexuelles et réduit au minimum ses contacts sociaux avec les hommes. Elle craint de s'engager dans une liaison et de se faire rejeter par la suite. Quant à sa vie familiale, la cliente la décrit comme terne, sans échange affectif avec des parents. Elle leur en a toujours voulu d'avoir gardé sous silence cette malformation. Elle en est informée à l'âge de 11 ans par le chirurgien qui pratique la première intervention, mais elle comprend mal les explications et reste dans un état de choc pendant plusieurs semaines. Elle croit parfois, à cet âge, qu'elle aurait pu devenir garçon si l'on ne l'avait pas opérée. Sur le plan scolaire, la cliente réussit bien, termine un cours en informatique et travaille dans une industrie. Sur le plan social, le doute sur son identité sexuelle la met en dehors des groupes de jeunes et ce n'est qu'après la deuxième intervention, à l'âge de 21 ans, qu'elle commence à fréquenter les hommes.

L'hypothèse explicative de non acceptation du vagin artificiel se dégage de l'analyse fonctionnelle de ce problème de dyspareunie. Suite à cette hypothèse, les séquences thérapeutiques successives sont proposées: 1° aider la cliente à ventiler son agressement contre ses parents, les médecins qui l'ont opérée, le bon Dieu; 2° la désensibiliser à la douleur vaginale (même si actuellement elle n'a pas de partenaire stable) et conjointement appliquer le procédé de restructuration cognitive (la perception d'elle-même comme différente des autres femmes, le refus d'accepter le vagin artificiel) et finalement, 3° procéder à l'entraînement à des habiletés sociales (langage clair et précis, l'expression des émotions, des désirs, etc.). Le tableau 1 illustre ce schéma multimodal et le tableau 2 illustre la séquence des séances de traitement.

TABLEAU 1  
EVALUATION DU PROBLÈME ET STRATÉGIES D'INTERVENTION

MODÈLE	PROBLÈMES	INTERVENTION
1. Comportemental	Évitement des relations sexuelles; évitement de s'engager dans des relations affectives avec un homme.	D.S. en imagination. D.S. In vivo. Entraînement aux habiletés sociales (jeu de rôle).
2. Affectif	Colère et agressivité envers ses parents, la vie et le Bon Dieu.	Ventilation. Entraînement aux habiletés sociales. (Jeu de rôle).
3. Sensoriel (sentiment) (malaisé)	Douleur au fond du vagin pendant le coït	D.S. en imagination. D.S. In vivo. Entraînement aux habiletés sociales. (Jeu de rôle).
4. Imaginatif	Image négative du vagin et du corps. Sentiment d'être différente des autres femmes.	Ventilation. Restructuration cognitive. (Autoverbalisations positives).

- 5. Cognitive Je suis une erreur de la nature. Restructuration cognitive. (Autoverbalisations positives).
- 6. Interpersonnel Peur de s'affirmer devant l'homme dans le domaine sexuel et affectif; peur de blesser ses parents en leur disant ses ressentiments. Entraînement aux habiletés sociales. (Jeu de rôle).
- 7. Médication Nil. Nil.

TABLEAU 2  
SÉQUENCES DES ENTREVUES DE TRAITEMENT

ENTREVUES	THÈMES, MODALITÉS DE TRAITEMENT
1re, 2e, 3e, 4e	Analyse fonctionnelle du problème de dyspareunie.
5e, 6e, 7e	Exploration des thèmes et des émotions rattachés à la malformation congénitale.
8e, 9e, 10e	Désensibilisation systématique en imagination.
11e, 12e, 13e	Restructuration cognitive.
14, 15e, 16e, 17e	Désensibilisation systématique in vivo, Images de débrûler et imageries de maîtrise.
	Affirmation de soi, habiletés sociales.
	Jeu de rôle.

**Traitement**

Les différents déficits constatés lors de l'analyse fonctionnelle et les différentes stratégies d'intervention sont expliqués à la cliente. Elle désire continuer à parler de sa difficulté à accepter sa malformation. Une entente intervient entre le thérapeute et la cliente: trois entrevues sont consacrées à son désir d'en parler mais, par la suite, chaque entrevue est divisée en deux parties: une comportementale (relaxation, D.S., jeu de rôle, etc.) et une "talking cure" destinée à corriger les verbalisations irrationnelles et à étudier les auto-enregistrements entre deux séances de thérapie.

Les cinquième, sixième et septième entrevues sont destinées à l'exploration et à la verbalisation des émotions rattachées à la non acceptation de la malformation. Les thèmes importants sont: la remise en question de l'identité sexuelle, la perception négative du vagin, les expériences sexuelles pénibles, les répercussions de la malformation sur sa vie future, le désir sexuel réduit (dû à une carence hormonale), le besoin de tendresse à l'intérieur d'une relation intime, l'incompréhension des parents au sujet de sa malformation et enfin la perception de ne pas être une femme comme les autres aux yeux d'un homme.

Ces verbalisations négatives sont mises en hiérarchie et par la suite sont traitées selon la méthode de reconstruction cognitive de Beck (1976) et adaptées à ce problème-ci. Un exemple est présenté au tableau 3.

TABLEAU 3  
ENREGISTREMENT DES PENSÉES IRRATIONNELLES

ÉVÉNEMENTS OU PENSÉES	ÉMOTIONS	PENSÉES AUTOMATIQUES OU ÉMOTIONNELLES	PENSÉES RATIONNELLES
Relations sexuelles douloureuses.	Colère contre ses parents et le Bon Dieu.	Je suis une erreur de la nature.	C'est vrai, je suis née sans vagin, mais maintenant j'en ai un. Je peux faire l'amour même si cela me fait parfois mal.
Cliente repense à ses opérations.	Intensité 90-100%.	Intensité de la croyance 100%.	

Chaque thème ressorti lors des scènes de ventilation est traité selon cette approche.

La désensibilisation systématique en imagination (8e, 9e, et 10e entrevues). Cette technique comprend 1° l'établissement d'une hiérarchie des situations anxiogènes; 2° l'entraînement à la relaxation et 3° la présentation en imagination des items composant cette hiérarchie (Wolpe, 1958). Elle précède l'application de la désensibilisation *in vivo* et son but consiste à traiter la composante anxieuse de la dyspareunie d'abord.

Hierarchie élaborée par la cliente avec le thérapeute:

1. La cliente et son partenaire se caressent de façon non génitale;
2. La cliente et son partenaire se déshabillent progressivement en s'embrassant mutuellement;
3. Les deux sont nus et couchés dans un lit. Carresses sur les organes génitaux;
4. La cliente est pénétrée par son partenaire. Pénis de 5-5 1/2 pouces de longueur. Il n'y a pas de mouvements de va-et-vient du pénis;
5. Même scène qu'en 4., en y ajoutant des mouvements de va-et-vient du pénis;
6. Même partenaire avec un pénis de 6 1/2 pouces. Pas de mouvements du pénis dans le vagin;
7. Même qu'en 6., y ajoutant les mouvements du pénis.

Trois séances, de 20 minutes chacune, sont consacrées à la désensibilisation en imagination. Chaque scène désensibilisée au bureau est pratiquée par la cliente à la maison. A la fin de la deuxième séance, la cliente ne rapporte aucune anxiété en imaginant les scènes 4-5-6-7. La 10e séance est consacrée à consolider les apprentissages réalisés au cours des 8e et 9e séances (reprise de tous les items de la hiérarchie).

La désensibilisation systématique *in vivo* (11e-12e-13e séances). Cette méthode qui utilise un dildo - le substitut du pénis d'un partenaire actuellement absent - doit aider la cliente à se désensibiliser plus directement à la douleur vaginale. De plus, cette méthode est associée à la technique des images de débrouillardise et des imageries de maîtrise (Lazarus, 1982). Sur une période de 20 à 30 minutes chez-elle, tous les jours, la cliente débute par un exercice de relaxation puis elle insère un dildo à l'intérieur du vagin, le plus profondément possible, jusqu'à ce qu'elle ressent une certaine douleur. Elle imagine que son partenaire le pénètre avec un gros pénis en faisant des mouvements de va-et-vient. La composante des images de débrouillardise est associée à la tolérance d'une éventuelle douleur sans l'augmenter (Meizack et Wall, 1965) et s'exprime par "Je ressens de la douleur, elle est légère et acceptable, elle ne m'effraie pas, je suis calme".

La composante des imageries de maîtrise est associée au contrôle de la situation et permet à la cliente de communiquer et de s'affirmer. Elle s'exprime par "Tu me fais mal maintenant. Arrête! Laisse-moi me reposer... Recommence! etc.", etc." Ce procédé donne à la cliente les habiletés nécessaires pour maîtriser la situation sexuelle en l'interrompant momentanément en cas d'inconfort physique.

Pendant les trois semaines suivantes, la cliente doit ajouter à ces exercices la stimulation du clitoris et des contractions du muscle pubo-coccygien une fois le dildo introduit dans le vagin. Le but en est d'augmenter l'excitation sexuelle pour atteindre un programme dans cette position.

L'entraînement aux habiletés sociales (14e, 15e, 16e, 17e séances). Les déficits au niveau des relations interpersonnelles sont traités par un entraînement aux habiletés sociales (communication et affirmation de soi). Deux secteurs sont visés: le domaine de la sexualité et la communication avec ses parents. Le but est accompli au moyen des jeux de rôle.

## RESULTATS

À la fin de la dix-septième et dernière entrevue, une nette amélioration est atteinte chez la patiente tant au plan psychologique que comportemental. Le sujet ne ressent plus de douleur à l'intérieur du vagin lorsqu'elle y introduit le dildo. La composante pho-

bique est éteinte. Elle rapporte une image du corps beaucoup plus saine qu'au début du traitement. Cette représentation mentale plus positive a un impact direct sur l'acceptation de sa malformation. De plus, au plan relationnel, la patiente ne s'abstient plus d'entrer en relation avec les hommes et se dit prête à entreprendre des relations avec eux. Elle est aussi capable d'envoyer une explication avec ses parents.

Trois rappels sont effectués, à quatre, sept et douze mois, suivant le traitement et ceux-ci démontrent le maintien des gains thérapeutiques. Le sujet peut jour maintenant d'une vie sexuelle satisfaisante. Elle ne ressent aucune douleur ou appréhension lors du coït.

## DISCUSSION

Deux facteurs à l'intérieur du processus thérapeutique sont responsables de la disparition de la dyspareunie: une bonne motivation de la cliente et le choix judicieux des séquences de traitement. Il est utile de rappeler ici la bonne relation thérapeutique entre la cliente et le thérapeute masculin. La cliente n'a manqué qu'un rendez-vous, suite à l'intervention pour une sténose et s'appliquait à bien faire les exercices demandés, etc. Il n'est pas facile d'évaluer l'influence de cette relation sur le résultat du traitement car les opinions au sujet des ingrédients nécessaires à la bonne relation thérapeutique (empathie, respect, sincérité, etc.) sont très contradictoires (Patterson, 1986). Dans ce cas-ci, cette bonne relation thérapeutique était certainement un agent facilitant le processus de thérapie. Le traitement débute par une phase de ventilation qui favorise l'expression des sentiments négatifs et prépare la cliente mentalement à accepter une intervention plus structurée telle que la désensibilisation systématique et la restructuration cognitive. La ventilation aide aussi à éliminer d'éventuelles résistances au traitement de la dyspareunie. Munjack et Oziel (1978) indiquent cinq formes de résistances dans le traitement comportemental des dysfonctions sexuelles. Le client résiste parce qu'il 1° ne comprend pas ce qu'il doit faire; 2° a des déficits dans les habiletés; 3° manque de motivation; 4° est trop anxieux ou culpabilisé; 5° a des gains secondaires importants.

De plus, chaque aspect du traitement est clairement expliqué à la cliente. Le fait de comprendre et d'accepter une stratégie d'intervention augmente la croyance en l'efficacité du traitement.

La deuxième étape aide la cliente à se désensibiliser à la douleur vaginale. Deux moyens sont employés: la désensibilisation en imagination qui est appliquée à la partie anxigène de la douleur et la désensibilisation *in vivo* qui est appliquée à la partie sensorielle du symptôme. Pour augmenter l'efficacité de la désensibilisation en imagination, la cliente doit répéter tous les soirs chez-elle les items de la hiérarchie désensibilisés au bureau du thérapeute. Ce procédé augmente a) l'efficacité du traitement et b) la prise en charge personnelle du problème par la cliente. Par la suite, pendant trois semaines, la cliente pratique la désensibilisation *in vivo* chez-elle, à la maison. Deux sortes de verbalisation sont associées à l'introduction du dildo dans le vagin: les images de débrouillardise et les imageries de maîtrise (Lazarus, 1982). Les images de débrouillardise apprennent à la cliente la tolérance du malaise vaginal et à lui faire face. Une fois le malaise toléré, il a tendance à s'affaiblir. Les imageries de maîtrise augmentent le contrôle d'une situation désagréable et aident la cliente à exprimer clairement ce qu'elle désire et même à prendre l'initiative des situations dans le contexte sexuel avec un partenaire.

Au moyen de la restructuration cognitive, la cliente change la perception de son vagin, elle peut mieux l'intégrer à son moi et son identité sexuelle se consolide. L'explication que son vagin artificiel a les mêmes propriétés physiologiques et anatomiques qu'un vagin naturel rassure certainement. Deux inconvenients réels sont abordés: 1° l'incapacité d'engendrer, stérilité qui se rencontre aussi chez les femmes avec un vagin naturel et des ovaires et qui finissent souvent par adopter un enfant; 2° une certaine lenteur du processus de lubrification. Cette lubrification étant plus lente à se produire exige des caresses plus intenses avant la pénétration. En devenant plus affirmative, la cliente peut maintenant faire part à un éventuel partenaire de ces deux inconvenients.

L'entraînement à l'affirmation de soi lui permet, pour la première fois, d'exprimer ses ressentiments envers ses parents. Elle apprend que ses parents et toute la parenté avaient honte de cette "anomalie", car plusieurs cousines de la cliente - au moins quatre - étaient aussi nées avec une agénésie vaginale.

Le modèle multimodal, appliqué dans le traitement de ce problème de dyspareunie, se présente selon les séquences suivantes: A (affectif) S (sensoriel) C (cognitif) C (comportemental) et I (interpersonnel). Il eut été prématuré d'envisager un entraînement aux habiletés sociales chez une personne comme notre cliente qui a une pauvre image d'elle-même ou encore débiter le traitement par une désensibilisation systématique alors que la personne est aux prises avec des émotions susceptibles d'empêcher la concentration à des images de sa hiérarchie.

### Conclusion

Selon l'approche multimodale, l'intervention thérapeutique recourt à plusieurs stratégies d'intervention dans les domaines cognitif, affectif et comportemental de l'individu. Ce modèle multimodal facilite l'évaluation des déficits et des acquis de l'individu. Une fois le profil fonctionnel établi, il devient plus clair - au thérapeute et au client - de savoir ce qui devrait être modifié et par quels moyens le réaliser.

La pondération des six paramètres et de leur séquence thérapeutique n'est pas bien évidente. Lazarus émet l'opinion qu'avec les personnes plus sensorielles que cognitives le traitement débiterait par une relaxation et une rétro-action biologique. Cette opinion fort intéressante devrait être soumise à des recherches ultérieures. Notre intérêt de recherche porte sur l'élaboration des mesures d'évaluation (tests, observation, etc.) des six paramètres avant la thérapie et la réévaluation des changements réalisés sur chacun de ces paramètres après la fin du traitement.

### RÉFÉRENCES

- ABARBANEL, A.R. (1978). Diagnosis and treatment of coital discomfort. In Eds. LoPiccolo J. et LoPiccolo L. *Handbook of Sex Therapy*. New York, Plenum Press, 241-259.
- BANCROFT, J. (1977). The behavioral approach to treatment. In J. Money et H.L. Murphy (Eds.), *Handbook of Sexology*. Amsterdam: Elsevier/North Holland.
- BECK, A.T. (1976). *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*. New York: International University Press.
- BELLACK, S.A. et HERSEN, M. Eds. (1984). *Research Methods in Clinical Psychology*. New York: Pergamon Press.
- BRADY, J.P. (1966). Brevital relaxation treatment of frigidity. *Behavioral Research and Therapy*, 4, 71-77.
- CAPRIO, F.S. (1955). *Variations in Sexual Behavior*. New York: The Citadel Press.
- DEKKER, J., DRONKERS, J. et STAFLEN, J. (1985). Treatment of sexual dysfunctions in male-only groups: predicting outcome. *Journal of Sex and Marital Therapy*, Sum, 11, (2), 80-90.
- Dictionnaire français de médecine et de biologie*. (1970). Massonet Cie, Paris.
- REID, W.H. (1983) *Treatment of the DSM-III Psychiatric Disorders*. New York: Brunner/Mazel.
- FELDMAN, M.P. (1966). Aversion therapy for sexual deviations: a critical review. *Psychological Bulletin*, 65, 65-79.
- FELDMAN, M.P. ET MACCULLOUGH, M.J. (1971). *Homosexual Behavior: Theory and Assessment*, Oxford: Pergamon Press.
- FENICHEL, O. (1945). *The Psychoanalytic Theory of Neurosis*. New York: W.W. Norton & Co.
- HARTMAN, W.E. ET FITZHAN, M. (1974). *Treatment of sexual dysfunctions. A bio-psycho-social approach*. New York: Jason Aronson.
- KAPLAN, H.S. (1974). *The New Sex Therapy. Active treatment of sexual dysfunctions*. New York: Brunner/Mazel.
- KAPLAN, H.S. (1983). *The evaluation of sexual disorders. Psychological and medical aspects*. New York: Brunner/Mazel.
- KARPMAN, B. (1964). *The sexual offender and his offenses*. New York: The Julian Press, Inc.
- KINDER, B.N. ET BLAKENEY, P. (1977). Treatment of sexual dysfunctions: a review of outcome studies. *Journal of Clinical Psychology*, Apr. 33 (2), 523-530.
- LADOUCEUR, R. ET BÉGIN, G. (1980). *Protocoles de recherche en sciences appliquées et fondamentales*. St-Hyacinthe: Edisem.
- LAZARUS, A.A. (1963). The treatment of chronic frigidity by systematic desensitization. *Journal of Nervous and Mental Disorders*, 136, 272-278.
- LAZARUS, A.A. (1976). *Multimodal behavior therapy*. New York: Springer.
- LAZARUS, A.A. (1980). Psychological treatment of dyspareunia, in Leiblum, S.R. et Pervin, L.A., *Principles and Practice of Sex Therapy*. New York: The Guilford Press, 147-166.
- LAZARUS, A.A. (1982). *Personal Enrichment Through Imagery*. BMA Audio Cassettes, a Division of Guilford Publications, New York.
- LAZARUS, A.A. (1985). *Casebook of Multimodal Therapy*. New York: The Guilford Press.
- LEIBLUM, S.R. ET PERVIN, L.A. (1980). Conclusion: Overview of some critical issues in the evaluation and treatment of sexual dysfunctions, in Leiblum, S.R. et Pervin, L.A., eds. *Principles and Practice of Sex Therapy*. New York: The Guilford Press.
- LURIE, L., FRIEDMAN, S. ET ROSE, M.D. (1987). *Human Sexuality*. New York: John, Wiley & Sons.
- MARKS, I.M. ET GELDER, M.G. (1967). Transvestism and fetishism: clinical and psychological changes during faradic aversion. *British Journal of Psychiatry*, 113, 711-729.
- MASTERS, W. H. ET JOHNSON, V.E. (1968). *Les réactions sexuelles*. Paris: Robert Laffont.
- MASTERS, W. H. ET JOHNSON, V.E. (1970). *Human Sexual Inadequacy*. Boston: Little, Brown & Co.
- MELZACK, R. ET WALL, P.D. (1965). Pain mechanism: a new theory. *Science*, 150, 971-989.
- MUNJACK, D.J. ET OZIEL, L.J. (1978). Resistance in the behavioral treatment of sexual dysfunctions. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 1 (2).
- O'CONNOR, J.F. ET STERN, L.O. (1972). Results of treatment in functional sexual disorders. *New York State Journal of Medicine*, 72 (15), 1927-1934.
- POUDAT, F.X. ET JARROUSSE, N. (1986). *Traitement comportemental des difficultés sexuelles*. Paris: Maloine S.A. éditeur.
- REYNOLDS, B.S. (1977). Psychological treatment models and outcome results for erectile dysfunction: a critical review. *Psychological Bulletin*, Nov. 84 (6), 1218-1238.
- WOLPE, J. (1958). *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Stanford: Stanford University Press.
- WOLPE, J. (1973). *The Practice of Behavioral Therapy*. (2e ed.). New York: Pergamon Press.
- WRIGHT, J. (1985). *La survie du couple*. Montréal: Édition de la Presse.
- ZILBERGELD, B. (1982). *Bespoke Therapy. Psychology Today*, 16, 85-86.