

MAGALIE GUERRIER-BENOIT

PHOBIES DE PÉNÉTRATION

Des peurs pas si irrationnelles que ça !

ÉVEIL  SANTÉ



SOMMAIRE

Avant-propos	5
--------------------	---

CHAPITRE 1

Contexte de la recherche	15
--------------------------------	----

CHAPITRE 2

Les troubles sexuels féminins répertoriés	25
a) Distinction entre phobie de pénétration pénienne, vaginisme, dyspareunie et phobie de pénétration anale	28
b) Vaginisme, dyspareunie et phobie de pénétration anale	30
c) Les causes des troubles sexuels féminins	38

CHAPITRE 3

Phobie de pénétration pénienne	41
--------------------------------------	----

CHAPITRE 4

Ressemblances et divergences entre vaginisme et phobie de pénétration pénienne	48
---	----

CHAPITRE 5

Origines du trouble	49
a) La culture	49
b) La répression sexuelle	57
c) Le rôle de la famille	64
d) Le patriarcat	70

CHAPITRE 6

La phobie	77
-----------------	----

CHAPITRE 7

Origines et explications de la phobie de pénétration .	82
a) Le couteau, symbole phallique	84
c) Le couteau, arme de vengeance	86
b) Le pénis objet sacrificiel	88

CHAPITRE 8

Phobie de la pénétration, aichmophobie et machairophobie	91
---	----

CHAPITRE 9

Traitement	93
a) Traitement de la phobie	94
b) Les thérapies cognitives et comportementales en traitement de sexologie	95
Colonne de Beck	98
a) Principes TCC de traitement de la phobie . . .	102
Conclusion	105
Annexe	108
Bibliographie	110
À propos de l'auteure	111

CHAPITRE UN

CONTEXTE DE LA RECHERCHE

J'ai commencé ce travail en 2015, à cette période j'entame ma recherche pour obtenir mon doctorat de psychologie, option sexologie.

J'avais au départ comme première intention de vérifier les dysfonctionnements sexuels féminins retrouvés en parcours de Procréation Médicalement Assistée. J'avais pour idée de pouvoir proposer un accompagnement de sexologie aux couples afin d'alléger les difficultés rencontrées en PMA (Procréation Médicalement Assistée) pour la première fois. En effet, mon parcours personnel et les échanges avec les patients m'ont permis de réaliser à quel point la sexualité pouvait être impactée dans ce type de parcours.

En effet, les rapports sexuels programmés ou même l'obligation d'abstinence peuvent être très déstabilisants pour le couple dans ces types de parcours. Sans compter les auscultations gynécologiques à répétition ou même les opérations gynécologiques ou urologiques qui ont un impact sur la féminité et la masculinité, de fait sur la sexualité des couples. Très rapidement, j'entends parler de l'ouverture d'un nouveau centre de PMA dans ma région. Je m'intéresse à ce centre, car il est dirigé par une femme que j'admire beaucoup et qui est dévouée à la cause féminine. Souvent dans le cas des créations de services, les hôpitaux sont souvent disposés à offrir des accompagnements complémentaires au simple traitement médical et la sexologie en faisait partie.

Je contacte alors la direction de la maternité de l'hôpital pour savoir si je peux effectuer ma recherche dans leur enceinte. J'ai la chance d'être orientée vers une médecin gynécologue, la

doctoresse Ghada Hatem Gantzer. Elle est la fondatrice de la maison des femmes à Saint-Denis. Cette maison est la première à accueillir les femmes victimes de violences et de mutilations sexuelles.

Très vite, je reçois un avis favorable pour ma recherche ; la sexologie peut correspondre à la demande des patients en parcours de Procréation Médicalement Assistée. À l'arrivée dans cet hôpital, je suis présentée à la gynécologue responsable du service, une femme que je rencontrerai encore plus tard dans le même type d'accompagnement dans mon parcours professionnel. Je suis ravie d'être là. L'espace PMA est tout neuf, l'accueil qui m'est fait est exceptionnel et j'ai hâte de commencer à travailler. Il m'est attribué une magnifique salle de préparation à l'accouchement pour pouvoir accueillir les femmes avec lesquelles je souhaite travailler.

Je débute alors cette recherche en novembre 2015 au centre de PMA de Delafontaine à Saint-Denis en Seine Saint-Denis. Le centre de PMA du centre hospitalier Delafontaine a pratiqué sa première fécondation in vitro le 21 septembre 2012, il devient donc le cinquième établissement de Seine Saint Denis à proposer aux couples infertiles une solution à leur désir d'enfant. Désormais, la PMA s'intègre dans l'ensemble des traitements gynécologiques obstétricaux qui sont réunis à l'hôpital de Saint-Denis. Toutes les conditions sont réunies pour que les couples soient accueillis par une équipe médicale performante ; en plus du partenariat avec le laboratoire Drouot de Paris.

Dès les premiers instants où je parle de mes accompagnements de sexologie, je reçois très rapidement des demandes de patientes suivies à l'hôpital. Seulement, les premières demandes ne sont pas nécessairement celles d'un traitement d'un trouble sexuel, mais plutôt des plaintes liées à des désirs d'enfants qui ne se concrétisent pas. Par exemple, j'ai tout d'abord reçu des demandes de traitements de vaginismes, seulement ce n'était pas totalement le vaginisme qui posait un problème, mais plutôt sa conséquence, l'impossibilité de procréer.

CHAPITRE DEUX

LES TROUBLES SEXUELS FÉMININS RÉPERTORIÉS

La dysfonction sexuelle féminine est définie par l'American Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, le DSM utilisé à l'échelle internationale. Le DSM est régulièrement mis à jour au fur et à mesure de l'évolution des connaissances. La version actuelle est *DSM5*⁴ que j'ai cité plus haut.

De nos jours les principales dysfonctions sexuelles féminines y sont répertoriées dans la forme suivante :

- Le trouble de l'orgasme féminin.
- Dysfonctionnements liés à l'intérêt sexuel et à l'excitation.
- Douleur pelvienne génitale/dysfonctionnement de la pénétration.

Je souhaite en donner une description avant de développer le trouble de la phobie de la pénétration pénienne afin d'en faire des distinctions.

Le trouble de l'orgasme féminin

Ce trouble correspond à des changements significatifs dans les niveaux d'orgasme : diminution de l'intensité orgasmique, augmentation du temps jusqu'à l'orgasme, diminution de la fréquence orgasmique ou pas d'orgasme du tout.

Le dysfonctionnement orgasmique féminin doit persister depuis plus de 6 mois et n'est pas lié à des problèmes de santé, mentaux ou relationnels.

4. Crocq and co, *DSM5*, Elsevier Masson, 2016.

Notez que les femmes qui atteignent l'orgasme en stimulant le clitoris, mais qui n'ont pas d'orgasmes lors de la pénétration, ne sont pas considérées par le *DSM5* comme étant affectées par le dysfonctionnement sexuel féminin.

La diminution ou absence de désir chez les femmes

Ce dysfonctionnement sexuel féminin est défini comme une cessation complète ou une réduction marquée de l'intérêt ou de l'excitation sexuelle.

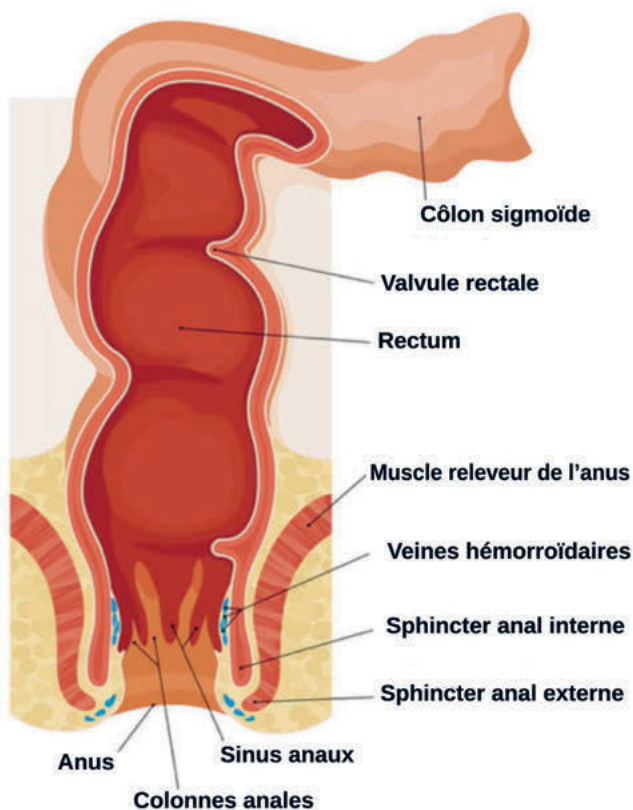
Au moins 3 des conditions suivantes doivent être remplies pour qu'un dysfonctionnement se produise :

- Manque d'intérêt pour l'activité sexuelle (manque de libido).
- Diminution significative de l'intérêt sexuel (diminution de la libido).
- Pas de fantasmes sexuels.
- Aucune pensée sexuelle ou pornographique.
- Refus d'avoir des relations sexuelles avec son partenaire.
- Manque de plaisir pendant les rapports sexuels.

Pour être véritablement un dysfonctionnement sexuel lié à l'intérêt sexuel et à l'excitation, ces symptômes doivent persister pendant plus de 6 mois et être pénibles pour la femme. Ils ne doivent pas non plus être associés à une maladie ou à l'ingestion de substances toxiques (médicaments).

Le problème peut être récent (6 mois ou plus), ou de longue date, ou même persistant. Il peut être léger, moyen ou sévère.

ANATOMIE DU CANAL ANAL



Ce canal possède des tissus qui s'engorgent de sang pendant l'excitation, comme ceux du clitoris ou du pénis. Il possède aussi une grande capacité d'extension si les sphincters sont détendus. Le rectum quant à lui mesure une douzaine de centimètres, et est plus large que le canal anal, mais lui aussi est doté d'une capacité d'extension.

La pénétration anale a pu être évoquée lors de mes séances de groupe comme substitut à la pénétration vaginale. Dans les cas de vaginisme il permet à la femme une non-rencontre de la verge avec le sexe féminin. Cette zone étant protégée, la sodomie permet de l'éviter voire de l'exclure.

Dans la peur de la pénétration anale, nous retrouvons bien sûr cette notion de peur de la douleur. La pénétration anale porte aussi un poids psychologique important et le poids d'un tabou moral.

Cette pratique va à l'encontre de l'aspect naturel du rapport sexuel procréatif. Longtemps considérée comme impure dans la religion, car non reproductrice.

De plus l'image de la pénétration anale est celle d'une pénétration douloureuse, selon une étude publiée en 1998, 12,5 % des personnes pratiquant la sodomie ressentiraient des douleurs lors de la pénétration, on parle d'anodyspareunie. Elles peuvent parfois s'associer à des irritations anales et rectales.

Ce qui favorise les douleurs c'est une pénétration trop brutale, un anus contracté, un manque de lubrification, un manque de stimulation de l'anus au préalable ou un blocage psychologique dans l'acceptation de la sodomie.

Une pénétration anale ne doit pas être douloureuse, si elle l'est, c'est qu'il y a un manque de préparation et de lubrification de la zone. Avoir peur lors d'une première sodomie est tout à fait normal. Cela devient pathologique à partir du moment où cette peur vous tétanise et vous empêche de rentrer en contact avec votre partenaire.

Le critère principal de la phobie sexuelle, comme toute phobie, est la peur intense et irrationnelle d'un objet ou d'une situation. Le caractère intense, irrationnel et disproportionné de la peur se décide par rapport au contexte et à la situation.

CHAPITRE NEUF

TRAITEMENT

La personne phobique présente des symptômes d'anxiété ou d'angoisse dès lors qu'elle est mise en situation phobogène (c'est-à-dire face à l'objet de son angoisse). Elle peut aller jusqu'à une authentique attaque de panique. L'anxiété ou l'angoisse va se manifester quand la personne va se confronter à la situation, ou par anticipation, c'est l'anxiété anticipatoire. Cependant, l'anxiété disparaît une fois que la personne est soustraite à cette situation.

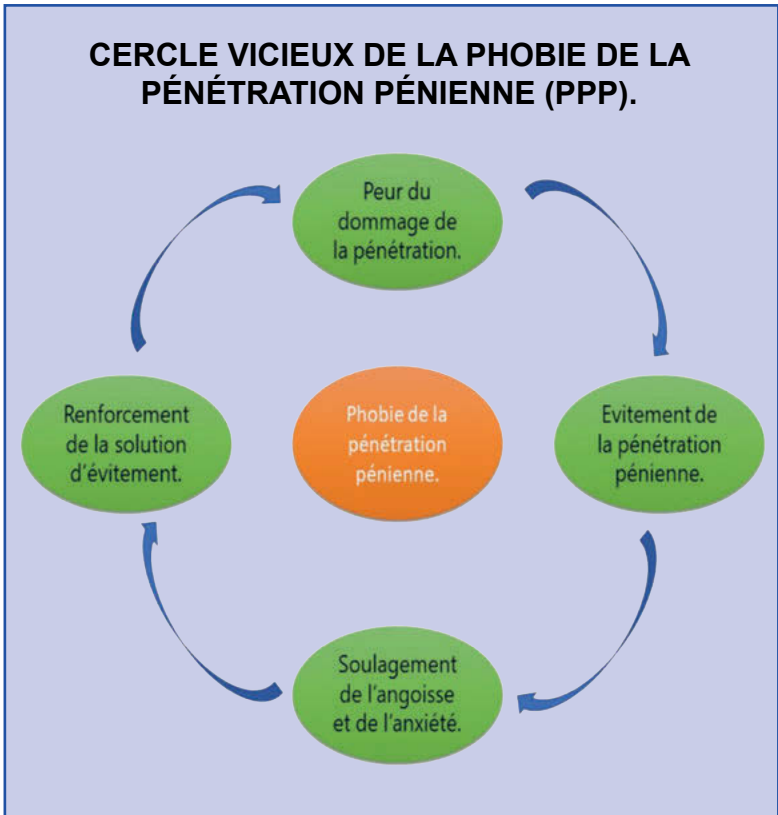
L'objet de la phobie est généralement perçu comme dangereux, voire comme un danger mortel, auquel la personne se sent incapable de faire face. Par exemple, dans le cas de la phobie de la pénétration pénienne la personne craint la pénétration du pénis de l'homme, qu'elle voit comme un danger de mort.

La vie des personnes phobiques va s'adapter pour ne pas rencontrer l'objet de la phobie.

Ainsi, la vie avec une phobie est caractérisée par de multiples évitements. En effet, afin de ne pas se confronter à l'objet du stress, les personnes phobiques aménagent leur vie de façon à éviter l'objet de leur phobie. Cette démarche d'évitement entraîne de multiples aménagements dans la vie de la personne phobique. Ces évitements amènent donc le patient phobique à intégrer que le seul moyen d'échapper à l'angoisse est d'éviter la situation phobogène. Alors, cette stratégie induit un cercle vicieux où la phobie se renforce peu à peu.

Dans cette recherche ce qui va permettre aux femmes d'éviter l'objet phobogène ça va être la PMA. Les mettant en situation d'hypofertilité, le rapport sexuel ne sera pas utile et sera même déconseillé dans certaines étapes du protocole. C'est bien pour

cette raison que j'ai pu rencontrer autant de femmes souffrant de cette phobie.



a) Traitement de la phobie

Le traitement essentiel de la phobie est la psychothérapie, notamment la thérapie cognitive et comportementale (TCC). Certains médicaments peuvent être utilisés, mais ils sont secondaires par rapport à la psychothérapie.

La peur de la pénétration est plus largement répandue qu'on pourrait le croire. Vaginisme, dyspareunie et anxiété des rapports anaux constituent le quotidien des spécialistes de la santé sexuelle, le lieu commun à ces pathologies étant la peur de la douleur. Mais qu'en est-il de la peur des rapports sexuels sans lien avec la douleur ?

À travers sa recherche, son expérience de sexologue et le témoignage de huit femmes rencontrées en consultation, Magalie Guerrier-Benoit apporte une explication de ce qu'est la phobie de pénétration pénienne, et tente d'offrir un traitement par une thérapie basée sur l'expérience et la réflexion afin de permettre aux femmes de se libérer de cette angoisse et de mieux vivre leurs rapports sexuels.



Magalie GUERRIER-BENOIT est docteure en psychologie, sexologue et psychothérapeute. Elle a voué ses six années de formation scientifique à comprendre, à informer et à améliorer les représentations de la sexualité des femmes. Elle est aussi coordinatrice de formation et animatrice en vie sexuelle et affective, afin de transmettre ses connaissances de la sexualité. Elle est auteure de plusieurs essais sur la sexualité de la femme et d'un roman psychologique.



ISBN édition papier : 978-2-37415-45-1

ISBN édition numérique Pdf : 978-2-37415-117-5

ISBN édition numérique Epub : 978-2-37415-118-2

www.eveil.fr



Les Éditions de l'Éveil
collection ÉVEIL • SANTÉ