

InfoSexoWeb

| | | |
|---|---|---|
| Les forums | Outils sexologiques pour vous | Publication de thèses |
| Recherchez | Sondages actuels | Publication d'articles |
| Références | Liste d'envoi | Parution de publicité |
| Liens | Commentaires sur le site | Groupe d'études existentielles en sexologie |
| Chroniques | Écrivez aux Webmestres | Association des Sexologues du Québec |
| Articles | À propos du site | Regroupement Professionnel des Sexologues du Québec |
| Thèses | Les Webmestres | |
|  Recommandez cette page à un ami | | |

InfoSexoWeb, Tous droits réservés, 1996-2009



François Blanchette M.A.
Sexologue clinicien et
psychothérapeute

Éjaculation précoce, anorgasmie, panne d'érection,
vaginisme, panne de désir, problèmes de couple,
de communication ou d'intimité,
troubles d'identité ou d'orientation sexuelle?

[Obtenez un rendez-vous rapidement](#)

Auteur : Mireille Laurence

Titre : Analyse du vécu relationnel et sexuel d'un couple suite à un traumatisme crânien chez un des deux partenaires.

Section : Chapitre IV : discussion



[Table des matières](#)



L'objet de ce présent chapitre est la mise en parallèle des informations recueillies sur les séquelles d'un traumatisme crânien et des données obtenues sur le vécu relationnel et sexuel d'un couple dont la femme a subi un dommage cérébral. Cette comparaison nous a permis de ressortir les aspects dysfonctionnels pouvant survenir au niveau conjugal et sexuel chez les couples dont un des membres a vécu un traumatisme crânien. Nous avons regroupé nos propos en fonction des aspects relationnels qui ont été modifiés chez nos clients.

Il s'agit donc d'une rencontre entre la théorie et la réalité appartenant à un couple. De cette façon, nous ne prétendons pas que les éléments dégagés par le biais de cette discussion s'appliquent inévitablement à tous les couples affectés par un traumatisme crânien. Toutefois, nous avons été en mesure de dégager quelques principes généraux.

4.1 Dynamique relationnelle

Suite au traumatisme crânien, Gisèle dit être devenue zombie. Tel que le mentionnent Colombel et Palem (1988), l'allure de zombie est provoquée par l'état d'inertie qui est une séquelle physique du traumatisme crânien. Considérant que Gisèle s'est mise à fonctionner au ralenti, Clément a dû commencer à s'occuper de tout (Zeigler, 1987). Tout comme observé par Gronwall, Wrightson et Waddell (1990), une modification des rôles s'est effectuée à l'intérieur du couple.

Parmi les séquelles physiques observées chez notre cliente, nous retrouvons aussi la fatigue, soit une des séquelles les plus limitatives (Brooks, 1986). Chez Gisèle, la sensation de fatigue est augmentée par les céphalées dont elle souffre, celles-ci perturbant son sommeil. Ayant de la difficulté à restaurer son énergie par le sommeil, elle a tendance à somnoler. Cette somnolence nuit à l'exécution de certaines activités, telles la conduite d'un véhicule motorisé (Ferrey, 1995). Elle sollicite alors la présence de Clément pour effectuer la majorité de ses activités et la quasi totalité de ses déplacements. Clément doit alors organiser son horaire en fonction de celle de Gisèle. La situation vécue par Clément s'apparente à celle décrite par Zeigler (1987) qui considère que la modification inévitable des rôles dans la relation confère au conjoint de nombreuses responsabilités. Les responsabilités briment alors la liberté du conjoint.

À partir de ce couple, nous pouvons donc dire que les séquelles physiques telles l'état d'inertie, la fatigue et les céphalées produisent une modification de rôles entre les conjoints par l'augmentation des responsabilités pour le conjoint non blessé. Par le fait même, nous pouvons dire que la qualité de vie du conjoint se voit diminuée par le stress et la réduction de la liberté

qu'impliquent les nombreuses responsabilités.

Les limites occasionnées par les séquelles physiques ont provoqué, quant à elles, une baisse de l'estime de soi de Gisèle, soit une des séquelles psychologiques d'un traumatisme (Parker, 1990). En effet, la diminution de ses capacités a favorisé chez elle le développement d'un sentiment d'incompétence (Ferrey, 1995). De cette façon, elle sent que ses besoins ne peuvent être comblés sans l'aide de Clément (Brooks, 1986). Ayant moins confiance en ses compétences, Gisèle a développé des traits de dépendance envers Clément (Brooks, 1986). Encore aujourd'hui, malgré l'amélioration de son état, elle voudrait être avec son conjoint 24 heures sur 24.

Tout comme le démontre notre analyse, il est fréquent, selon Wesolowski et Zencius (1994), que les victimes d'un traumatisme crânien développent une dépendance envers les membres de leur entourage. À partir de ce couple, nous constatons que la dépendance des victimes envers leur conjoint perdure malgré les améliorations de la condition physique, leur estime de soi étant maintenant faible.

Dépendante, nous avons remarqué chez Gisèle une insécurité se traduisant par de la jalousie. Afin de se rassurer quant à la fidélité de son conjoint, elle tente de s'assurer sa présence. Nous avons ainsi remarqué une relation de poursuivant-poursuivi entre Clément et Gisèle. Nos observations ne concordent pas avec les études de Wesolowski et Zencius (1994) selon lesquelles une relation d'aidant-aidé s'établit entre les conjoints suite à un traumatisme crânien. Cependant, nous pouvons dire que le type de relation unissant les partenaires se voit modifié par le traumatisme crânien et ses séquelles.

Entre Clément et Gisèle, le degré d'engagement conjugal a diminué suite au traumatisme crânien. Cette diminution du degré d'engagement se présente dans l'ambivalence de Clément face à la poursuite de la relation (Sachs, 1991). En fait, nous croyons qu'il se sent pris dans la relation, sentiment très répandu selon Lezak (1978) chez les conjoints de victime. Il est possible de supposer que le traumatisme crânien n'a pas provoqué le faible niveau d'engagement de Clément. Nous croyons en effet qu'il a simplement contribué à l'accentuer, Clément ayant toujours craint de s'engager et aimant sa liberté. À partir de ce cas, on remarque donc que certains problèmes préexistants dans le couple ne sont qu'aggravés par la survenue du traumatisme.

Tel qu'observé chez notre couple, les séquelles engendrées par un traumatisme crânien modifient la dynamique conjugale. Cette modification, également soulevée par Sachs (1991), provoque selon nous un conflit au niveau de la distance, les conjoints n'arrivant pas à trouver la distance convenable entre eux, pour chacun d'eux. Nous observons donc, tout comme Griffith et Lemberg (1993), qu'un éloignement conjugal découle d'un traumatisme crânien. Il est donc permis de dire que les séquelles physiques et psychologiques présentent chez les victimes de traumatisme crânien provoquent une modification de leur relation conjugale par un changement au niveau des rôles, par le développement d'une dépendance, ainsi que par la modification du lien unissant les conjoints et la diminution de l'engagement. L'insatisfaction des conjoints par rapport à la relation est alors inévitable (Wesolowski et Zencius, 1994). En bref, les séquelles d'un traumatisme crânien ont un impact négatif sur la dynamique relationnelle.

4.2 Distribution du pouvoir

Chez le couple étudié, nous remarquons que les séquelles physiques, telles les céphalées et la fatigue, ont octroyé un certain pouvoir décisionnel à Gisèle, surtout quant aux activités du couple. Aussi, la séquelle cognitive qu'est la difficulté d'orientation dans le temps donne du pouvoir à Gisèle sur le déroulement des activités (Wesolowski et Zencius, 1994). Au niveau de la personnalité, Gisèle est également plus irritable depuis le traumatisme. De cette façon, Clément sent qu'il doit se plier aux demandes de Gisèle sans quoi un conflit éclatera entre eux. En fait, Clément n'est plus celui qui prend la majorité des décisions concernant le couple. Ainsi, Clément vit de la frustration, car il sent qu'il n'est plus respecté. En fait, l'observation de Sachs (1991) selon laquelle les besoins du blessé empiètent sur ceux des personnes de son entourage est rencontrée chez ce couple.

En bref, nous remarquons que la répartition du pouvoir dans le couple a été modifiée par les limites présentées par Gisèle depuis le traumatisme. Implicitement, elle a acquis du pouvoir dans la relation, ce qui ne satisfait pas Clément. Selon nous, le traumatisme crânien a donc favorisé l'émergence d'une bataille conjugale pour l'obtention du pouvoir. En fait, nous croyons que les séquelles présentes chez les victimes de traumatisme crânien affectent la répartition du pouvoir entre les conjoints.

4.3 Gestion des conflits

L'expression d'agressivité verbale, en tant que changement caractériel attribuable au traumatisme crânien (Wesolowski et Zencius, 1994) participe à l'augmentation des conflits conjugaux. Cette agressivité verbale a été observée chez Gisèle. Bien que Chance (1986) considère que l'agressivité de la victime soit habituellement involontaire, nous croyons que la formulation d'insultes à l'égard de Clément est consciente chez Gisèle. Cette utilisation délibérée des insultes rejoint alors les affirmations de Lezak (1978) selon lesquelles les victimes ont tendance à attaquer verbalement leur conjoint par crainte de le perdre. Nous dégageons ainsi que les séquelles caractérielles telles l'agressivité et les séquelles psychologiques telles la baisse de l'estime de soi contribuent à l'augmentation des conflits suite à un traumatisme crânien.

Entre Clément et Gisèle, il est aussi fréquent que les conflits éclatent de par leurs difficultés à communiquer. La dysphasie de Gisèle, soit sa difficulté à enchaîner les mots de manière à ce que son discours soit cohérent (Gronwall, Wrightson et Waddell, 1990), provoque l'impatience de Clément. La dysphasie amplifie donc les tensions dans le couple. Gisèle a également de la difficulté à faire des liens.

Il est alors difficile pour elle de suivre une conversation (Chance, 1986), ce qui envenime les conflits. Il est donc certain que les séquelles cognitives participent à l'augmentation des conflits, en plus de compliquer leur résolution.

La résolution des conflits entre Clément et Gisèle se complique également par la tendance de Clément à croire que les autres ont de mauvaises intentions. Ainsi, il se questionne quant aux pertes de mémoire éprouvées par Gisèle. En fait, il est sceptique et se demande si elles ne constituent pas une défaite utilisée par sa conjointe afin de se déresponsabiliser de ses actes déplaisants (ex: oublier un rendez-vous, planifier une sortie alors qu'il en avait déjà planifié une, etc.). Le scepticisme de Clément est d'ailleurs décrit par Lezak (1978) qui considère que le manque d'exactitude de certains instruments médicaux dans la détermination de la sévérité des lésions présentes chez la victime, provoque de l'impatience chez les conjoints. Nous croyons donc, suite à l'étude de ce cas, que les diverses séquelles présentes chez la victime, provoquent l'impatience de leur conjoint, en plus d'affecter leur confiance envers elle.

Une autre séquelle pouvant nuire à la bonne entente conjugale est l'apathie, soit l'incapacité de la personne à être sensible aux autres (Lezak, 1978). Cette insensibilité provoque régulièrement l'adoption de comportements égocentriques. Nous retrouvons cette tendance apathique chez Gisèle qui se montre indifférente aux plaintes de son conjoint. De ce couple, nous retirons que cette insensibilité nuit à la communication entre les conjoints suite à un traumatisme crânien, en plus de nuire à l'adoption de compromis satisfaisants pour chacun des partis.

La résolution des conflits s'effectue difficilement de par les pertes de mémoire de Gisèle, oubliant ce qui a été dit quelques minutes auparavant (Thomsen, 1984). Il est alors fréquent qu'elle reparte des discussions portant sur des problèmes déjà réglés, ayant oublié les solutions adoptées.

Aussi, tout comme l'a observé Thomsen (1984), Gisèle oublie les raisons qui motivent sa peine et sa colère lorsqu'elle ressent ces émotions. Ainsi, elle dispute Clément sans pouvoir lui expliquer pourquoi, ce qui provoque le mécontentement de celui-ci. La baisse des capacités mnésiques chez les victimes de traumatisme crânien perturbe donc la communication et complique la résolution des conflits.

Enfin, tel que vu tout au long de ce présent rapport, de nombreux conflits sont vécus par Gisèle et Clément. Ceux-ci sont principalement provoqués par la modification de leur dynamique conjugale au niveau de la distance et de la distribution du pouvoir. Aussi, les patterns de communication établis entre eux préalablement au traumatisme ont été modifiés, tel que le remarque Sachs (1991). En plus d'avoir engendré une augmentation des conflits, le trauma a rendu difficile leur résolution, ce qui nuit à leur satisfaction conjugale. L'insatisfaction qu'ils vivent face à leur relation de couple a d'ailleurs été observée par Wesolowski et Zencius (1994) auprès de nombreux couples. Nous concluons alors que les séquelles du traumatisme nuisent à la bonne entente conjugale par la perturbation de la communication entre les partenaires.

4.4 Relations avec l'extérieur

Gisèle rapporte que les douleurs provoquées par ses céphalées augmentent souvent en réaction au bruit, ce qui rejoint l'observation de Copti (1986). Pour cette raison, elle n'aime pas être entourée de gens, trouvant leur présence fatigante. Elle préfère alors rester à la maison. Cette préférence a d'ailleurs été remarquée par Ferrey (1995) chez de nombreuses victimes. De cette façon, elle contrôle les activités sociales du couple en refusant d'inviter des gens à la maison et en refusant de rendre visite aux autres. En fait, cela rejoint les écrits de Lezak (1978) selon lesquels le conjoint devient aussi isolé que la victime.

L'isolement social, soit la séquelle du traumatisme crânien la plus lourde selon Oddy (1985), est d'autant plus grande chez Gisèle, car elle n'entretient plus de contacts avec ses anciennes amies et ne pratique plus de loisirs. Clément sent alors qu'il doit constamment divertir Gisèle, ce qui lui fait vivre de la pression. La situation vécue par Gisèle et Clément ressemble à la description faite par Thomsen (1984) selon laquelle la majorité des victimes n'ont pas de contacts à l'exception des membres de leur entourage immédiat, ce qui est lourd pour eux.

À la lumière de ces données, il est clair qu'un traumatisme crânien encourage les victimes et leur conjoint à limiter leurs relations avec l'extérieur, voire à les éliminer. Ils se retrouvent alors seuls et isolés.

4.5 Sexualité

Depuis l'accident qu'ils ont vécu en 1991, Gisèle et Clément sont insatisfaits de leur sexualité. Cette insatisfaction proviendrait de la baisse de la fréquence de leurs relations sexuelles, baisse d'ailleurs vécue par 35% des victimes de traumatisme crânien (Wesolowski et Zencius, 1994). En fait, le désir sexuel de Gisèle est inhibé depuis l'accident. La dysfonction vécue par Gisèle confirme les dires de Ferrey (1995) selon lesquels les traumatisés vivent habituellement un désintérêt sexuel.

Cette inhibition découlerait en partie de la fatigue et des céphalées vécues par Gisèle, soient deux séquelles physiques ayant été identifiées par Price (1988) comme ayant un impact négatif sur la sexualité, et ce, particulièrement au niveau du désir sexuel.

La baisse de désir de Gisèle se concrétise par une diminution des contacts sexuels (Price, 1988). De ce couple ressort l'importante influence des séquelles physiques dans l'apparition des dysfonctions sexuelles secondaires chez les traumatisés crâniens.

En ce qui a trait aux séquelles cognitives, l'incapacité de prendre une décision a été identifiée par Griffith et Lemberg (1993) comme étant une séquelle qui a souvent des répercussions sur la sexualité. Pour notre part, nous constatons que cette incapacité se manifeste chez Gisèle par un manque d'initiative sexuelle. Toutefois, l'exploration de leur vécu sexuel nous montre que, même avant l'accident, Clément a toujours eu la responsabilité d'initier les rencontres sexuelles. Il nous semble alors que le peu d'initiative sexuelle de Gisèle soit davantage une caractéristique personnelle qu'une conséquence du traumatisme crânien. Ces résultats indiquent donc que des traits de personnalité préexistants au traumatisme contribuent aux insatisfactions sexuelles vécues par les conjoints.

Le manque d'initiative sexuelle de Gisèle frustré Clément, car ce dernier ne se sent pas désiré. Cette frustration vécue par le conjoint est d'ailleurs constatée par Griffith et Lemberg (1993). Tout comme Price (1988), nous arrivons à la conclusion que les besoins affectifs et sexuels des conjoints ne sont plus comblés suite à un traumatisme crânien.

Au niveau psychologique, Blackerby (1990) croit que la baisse d'estime de soi qui découle du traumatisme crânien incite la victime à ne pas se trouver aussi désirable qu'auparavant. Ainsi, elle n'ose pas aller vers son partenaire dans le but de vivre un rapprochement sexuel. Dans le cas de Gisèle, il est possible qu'elle se trouve moins jolie physiquement, elle qui faisait régulièrement, voire quotidiennement, du conditionnement physique avant l'accident.

D'autre part, il est possible de croire que Clément soit moins attiré par Gisèle, considérant qu'il fut, à prime abord, séduit par son apparence physique. En fait, tel que mentionné par Price (1988), les séquelles du traumatisme crânien peuvent enlever tout pouvoir de séduction à la victime.

Clément vit également une baisse de son désir sexuel, ce qui n'est pas rare chez les conjoints selon Griffith et Lemberg (1993). Entre autres, l'augmentation des responsabilités du conjoint constitue une cause d'épuisement physique et émotif identifiée par Griffith et Lemberg (1993). Selon ces derniers, cet épuisement peut être un facteur contribuant à l'inhibition du désir sexuel. L'analyse de ce couple et les écrits, nous amènent à dire que l'augmentation des responsabilités du conjoint associée aux diverses limites présentes chez les victimes, produisent un impact négatif sur le désir sexuel du conjoint non blessé.

La baisse de désir vécue par Clément semble aussi être maintenue par la tendance égocentrique et la passivité de Gisèle. En effet, ces séquelles du traumatisme crânien font en sorte que les victimes demeurent passives durant les relations sexuelles (Lezak, 1978). Clément sent alors qu'il est au service de sa partenaire, ce qui ne nourrit pas son désir. Aussi, elle demande à Clément ce qu'elle peut faire pour lui procurer du plaisir, plutôt que d'initier des caresses. Encore une fois, les demandes directes de Gisèle ont pour effet de refroidir Clément qui répond alors par la négative à la question de Gisèle. Tel que vécu par de nombreux couples suite à un traumatisme crânien, Clément et Gisèle voient la fréquence de leurs relations sexuelles diminuer (Price, 1988). Nous observons à partir de ce cas que les difficultés d'expression, autant verbale que corporelle, contribuent à la faible fréquence des relations sexuelles des couples, tout en favorisant une baisse de désir secondaire chez le conjoint.

Gisèle déteste le fait que Clément se masturbe, disant qu'il n'ira plus vers elle s'il arrive à se satisfaire seul. En fait, comme le mentionne Lezak (1978), elle sent qu'elle constitue un fardeau pour son partenaire. Elle pense alors devoir satisfaire les besoins sexuels de Clément, sans quoi il va l'abandonner. Il est alors possible de croire que certaines victimes de traumatisme crânien vivant une inhibition du désir sexuel cherchent à travailler leur difficulté sexuelle dans l'espoir d'être protégées d'un éventuel abandon.

Enfin, bien que Clément attribue à Gisèle la responsabilité de la faible fréquence des relations sexuelles, celui-ci refuse d'initier les contacts d'ordre sexuel. Il nous a donc été permis de constater que Clément participe au maintien de la faible fréquence des interactions sexuelles. De cette façon, nous croyons que certaines caractéristiques du conjoint sont impliquées dans les difficultés sexuelles vécues par les couples dont l'un des membres a subi un traumatisme crânien.

En terminant, il est indéniable qu'un traumatisme crânien provoque des problèmes conjugaux et sexuels. Toutefois, leur survécu et leur maintien sont aussi influencés par des facteurs individuels et relationnels tels la personnalité de la victime avant le trauma et celle de son conjoint, ainsi que par la qualité de leur relation conjugale et de leur sexualité avant le traumatisme. Les dires de Price (1988) selon lesquels l'ajustement sexuel post-traumatique est principalement déterminé par le niveau de la qualité de la vie sexuelle avant le trauma et l'attitude du partenaire face à la poursuite des activités sexuelles sont donc confirmés. Les écrits de Brooks (1986) sont également rejoints, ceux-ci mentionnant que la récupération de la personne est influencée par la personnalité de la victime avant le traumatisme, par la stabilité de son entourage, ainsi que par la personnalité de ses proches.

Dans le cas qui nous intéresse, nous croyons que ces mêmes facteurs jouent sur le niveau de récupération sexuelle. De cette façon, l'évidence d'une démarche thérapeutique sexologique impliquant le couple ressort de cette discussion.



[Table des matières](#)



Tout un spectre d'idées dans nos forums

Visitez nos forums de discussion.

[Retour à l'accueil d'InfoSexoWeb](#)

[hit parade](#)

Hebdo top
#Code obsolète

 [annuaire](#)