

IMPACT DES ALGIES PELVIPÉRITONÉALES SUR LE COUPLE ET SON INTIMITÉ

Mireille Bonierbale
Psychiatre- Sexologue

Intro



- On se limitera aux douleurs pelvipéritonéales chroniques et/ou répétitives
- Chez la femme

Psychogène vs Organique

- Il y a une prépondérance de preuves associant des facteurs psychologiques aux douleurs chroniques
- Alors que les tenants de l'organicité ont longtemps soutenu que les aspects dépressifs étaient secondaires à la douleur.
- La littérature montre que la dépression est une caractéristique de la douleur chronique et que les troubles psychologiques comme les troubles anxieux généralisés et les somatisations, sont communs chez les patients atteints de douleurs chroniques.
- La plupart des algies pelviennes chroniques ont des étiologies multifactorielles somatiques et/ou psychologiques
- L'évaluation du retentissement psychologique et social, en particulier dans la douleur chronique est très importante

- *Panel P, Renouvel F. Management of endometriosis: clinical and biological assessment. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris) 2007;36(2):119—28.*
- *Fishbain DA, Cutler R, Rosomoff HL et al. Chronic pain associated depression: Antecedent or consequence of chronic pain? A review. Clin J Pain 1997; 13:116- 137.*
- *Manchikanti et al . Psychological Status of Chronic Pain Patients, Pain Physician, 2002; 5, 1:40-48.*

En bref

- Dans le cadre de la douleur pelvienne chronique, la dimension psychologique est constante, mais sa problématique et la prise en charge qui vont en découler sont très différentes selon les cas.
- La douleur chronique organique a des répercussions psychologiques le plus souvent sur le mode anxio-dépressif.
- La douleur chronique peut **révéler** une souffrance psychique.
- Cette souffrance peut **être en rapport avec** un événement traumatique psychique qui n'a pas pu être élaboré (deuil, séparation, abus physique ou sexuel...) et dont la seule expression possible est corporelle. Elle peut aussi être en rapport avec une problématique intrapsychique à type de névrose, état limite, psychose, toxicomanie ou personnalité psychosomatique.
- La douleur chronique peut **survenir sur** un terrain psychopathologique : la douleur aggrave la problématique psychique et la psychopathologie renforce la douleur.

S. PUPPO, L. BOUBLI : Algies pelviennes non Gynécologiques. CNGOF 2005

Ne pas oublier les ATCD



- Dans 40 % à 70 % des cas, on retrouve la notion de violences morales, physiques ou sexuelles
- Importance de l'anamnèse : laisser la patiente « raconter » sa douleur (début circonstances aggravantes, retentissement etc)

Douleur

□ Caractéristiques

- Tout le temps
- Pendant les rapports

□ Rechercher

□ (1) ATCD

- Dépressifs, contextuels
- Personnalité

□ (2) LE

- Pb relationnels

□ Langage

- Je souffre (1)
- « ca » (tu) me fais souffrir (2)



- Souffrance psychique, péjoration, tristesse, démotivation troubles de la libido
- Conflits, jalousie, culpabilité

Douleur et sexualité

- L'expérience de la douleur limite ou empêche l'activité sexuelle pour la majorité des femmes
- Le manque d'activité sexuelle conduit à une baisse de l'estime de soi et à un sentiment de culpabilité vis-à-vis du partenaire.
- La sexualité du couple devient dépendante de l'évolution de la maladie.
- Une étude menée auprès des conjoints de femmes souffrant d'endométriose a montré que ces derniers ressentent souvent un sentiment d'impuissance.
- *Fernandez I, Reid C, Dziurawiec S. Living with endometriosis: the perspective of male partners. Journal of Psychosomatic Research. (Oct) 2006 ; 61(4) : 433-8.*

L'impuissance peut se «somatiser» aussi

auteurs	Conflits	conduites sexuelles, attitudes sexuelles	Dysfonctions Sexuelles Féminines	Autres partenaires
Renshaw (1981) (N=151)	Non significatif		62% (anorgasmies I, II, vaginismes, dyspareunies, diminution de l'intérêt sexuel)	15%
Catalan et al (1990) (N=95)	25% conflits		13% (diminution de l'intérêt sexuel ++)	
Speckens et al (1995) (N=105)	Problèmes relationnels plus fréquents dans DE NO*	Plus d'intérêt sexuel chez les partenaires d'H à DENO	Vaginismes et dyspareunies plus fréquentes chez les DENO	Plus de désir d'infidélité dans le groupe DENO
SOFRES (1994) France (n=1000 H)	Conflits 16%	Pas d'initiative de rapports (51%)	DS de la partenaire : 24% Dyspareunies, 19% anorgasmies	

•→DENO = Dysfonctions érectiles non-organiques

Dysfonctions sexuelles féminines associées à un dysfonctionnement érectile du partenaire

Comment vit elle la dimension couple?

- *Une femme dépressive, ou négative et revendicatrice, ayant peu d'attrait pour la sexualité et ayant reporté ses attentes sur ses enfants et sa famille ou son activité professionnelles ou ses amies, manifestant peu de tendresse, face à un partenaire peu sûr de lui, anxieux, fragilisé par un événement intercurrent comme une perte de statut social(chômage, conflit professionnel etc) ou une perte affective (un parent proche) ou financière, peut être un facteur idéal sinon de déclenchement du moins de maintien d'une DE à un moment de vulnérabilité.*
- *Bonierbale M. La femme de l'impuissant: victime ou inducteur? Sexologies - 2001, 10,37 : 29-31*

Douleur chez qui?

- « Il est plus honorable de dire qu'on a mal plutôt que d'avouer qu'on n'a pas de plaisir à faire l'amour, Ne pas faire l'amour, ne pas travailler, ne pas avoir de plaisir pour se punir ou pour punir l'autre « (M Lachowski).
- Tu m'as fait mal, à ton tour de ne pas avoir de plaisir
- « place des bénéfiques secondaires » à bien peser, pb des contre attitudes qui réifient le symptôme


Expressions de la douleur

- **hystérique** : description très riche , images , retentissement émotionnel des symptômes.
- histoire clinique faite des échecs des thérapeutiques médicales classiques antérieures, voire un discours agressif sur l'incompétence des praticiens qui les ont prescrites.
- différence du paranoïaque qui inscrit ce discours dans une revendication plus ou moins processuelle, l'"hystérique" utilise les échecs des autres pour susciter une nouvelle interaction de "puissance" avec le nouveau thérapeute.
- Ne pas succomber à la tentation d'être le "sauveur ».
- Il s'agit d'excellentes « clientes » à la recherche du dernier examen, ne reculant devant aucune thérapeutique agressive, mais qui iront porter leur dossier et leur nouvelles cicatrices chez un autre confrère lorsque, elles auront épuisé le thérapeute en mal de puissance ...

Expressions de la douleur

Mode obsessionnel

- Vient avec ses feuillets où elle a méticuleusement consigné ses maux, leur rythme, leur intensité, leur emplacement, leurs caractéristiques, et les énonce sans passion dans un discours aseptisé.
- Pauvreté de l'imagination même si précision et richesse dans la formulation de ses symptômes. Cette richesse n'est qu'apparente car ce n'est que "toujours plus de la même chose" décrivant l'heure, le jour, l'intensité d'une douleur par exemple, les variations de couleurs de sécheresse d'une muqueuse, les variations infinitésimales de poids avec le cycle menstruel etc..
- Il n'y a pas de corrélations émotives ni événementielles, en premier plan, seulement une liste...
- De plus cette obsessionnalisation du vécu s'accompagne d'une pauvreté du mode relationnel fait du sentiment de devoir de contrainte et de charge à porter vis à vis de l'entourage (enfants, conjoint, travail,..).
- Il faut tenir compte de la teinte dépressive sous jacente se traduisant par de l'asthénie et une accentuation du sentiment d'aliénation.

- 
- L'histoire personnelle de ces patientes montre des interactions précoces en particulier avec la mère, génératrices de sentiment de manque affectif et de culpabilité, mettant en place un "surmoi" rigide, de même que dans la prise en charge thérapeutique, cherchant désespérément à blanchir un péché originel qui permettrait d'accéder au comblement du manque affectif.
 - D'où le sentiment de jamais fini, toujours à faire, et jamais suffisamment bien fait et, les symptômes douloureux avec auto observation, souvent ritualisés par les cycles menstruels.
 - Le piège thérapeutique consiste à amplifier et "nourrir" la structure, avec des prescriptions ritualisantes à base de comprimés, à heures fixes, applications locales, examens à date fixes, etc..

Expressions de la douleur

- Mode **phobique**; à travers les symptômes émerge l'angoisse de mort, que ce soit sous forme de cancérophobie, de "sidaphobie », peur des MST, ou de la peur de la douleur, de l'effraction, qui peut se traduire par un vaginisme ou des équivalents dyspareuniques, toute autre peur de la maladie et de toute anomalie.
- l'écoute de ces peurs est précieuse car la reformulation rassurante associée à une information suffisante pour vaincre les croyances irrationnelles, est une thérapie en soi.
- Voir le partenaire est important, rechercher les atcd d'abus sexuel

Expressions de la douleur

- Expression **psychosomatique** = langage pauvre et opérationnel pour décrire le symptôme, chez qui on sent un manque d'imagerie mentale pour parler du corps autrement que comme une machine qui fonctionnerait mal.
- Pas de repère de contexte personnel auquel rattacher signification, ou des évènements déclenchants de filiation du symptôme.
- Le mode de pensée "opératoire" fonctionne comme une caisse de résonance de rapport à la réalité, sans modulation imaginaire et émotionnelle, avec une "hyper adaptation" apparente; mais les événements de vie dérèglent directement leur fonctionnement adaptatif corporel en déclenchant des maux d'abord fonctionnels puis lésionnels.
- En effet ici les émotions ne sont plus régulées par une expression verbale passant par des mécanismes de mise en images mentales, mais par une sensation brute sans affect. Tout émerge dans le corps sans métabolisation par le système de pensée.

Le partenaire : quels échanges?

- *Elle souffre mais*
- elle a une Peur d'abandon, peur de ne plus être à la hauteur ni séduisante, qu'il aille voir ailleurs
 - ▣ Il s'agit d'un profil particulier de femme qui a souvent eu des antécédents de carence affective et qu'il faut détecter et rassurer dans des entretiens de couple

Le partenaire: quels échanges?

- *Elle souffre mais*
- elle maîtrise ainsi la situation, c'est depuis que tu m'as « fait mal »
 - ▣ Il s'agit d'un profil particulier de femme qui n'exprime pas son agressivité directement mais la somatise
 - ▣ Ou bien ce n'est qu'une composante d'une plainte agressive dont le but est de culpabiliser ou punir son partenaire de difficultés antérieures ;
 - ▣ il faudra rechercher les contentieux du couple, comme des relations extraconjugales jamais pardonnées, avec enkystement du conflit de couple dans un symptôme sexuel et une dyscommunication, qui ne peuvent être laissés à l'écart de la prise en charge de la DC,
 - ▣ ou une personnalité revendiquante avec présence d'autres conflits (dans le travail, avec la famille, les voisins...), qui peuvent vulnérabiliser la relation du couple et l'attrait sexuel.

Le partenaire



- *Elle souffre mais*
- elle se débat face à un partenaire qui la délaisse ou la domine ou la contraint ou l'«utilise »?
- Il s'agit d'un appel au secours?

Les facteurs prédictifs à retenir pour la prise en charge de la sexualité du couple

- **L'issue positive de la prise en charge d'une DC avec retentissement sur le couple dépend :**
- De la motivation à fonctionner en couple avec une bonne harmonie sexuelle (ESA)
- De l'attrait érotique des partenaires
- De la complémentarité ou similitude des attentes réciproques concernant la sexualité et le couple
- Du respect réciproque des partenaires et de leurs différences, et de l'absence de conflit
- De leurs habiletés et connaissance de la sexualité réciproque et de leur aptitude à en communiquer

Les facteurs prédictifs à retenir pour la prise en charge de la sexualité du couple

- **Les facteurs prédictifs négatifs sont :**
- Les conflits de couple
- Les relations extraconjugales concomitantes
- Le manque d'attachement et de motivation de l'un des partenaires
- Les facteurs de troubles de la personnalité de l'un des partenaires
- Des facteurs psychiatriques intercurrents (manque d'estime de soi, dépression, peurs, anxiété, inhibition, pathologie de la communication)
- Des attentes non complémentaires
- Le manque de désir de l'un des deux partenaires

- C'est pour cette raison que l'évaluation de la personnalité, des attentes, de la place et de l'interaction des partenaires doit être mise en place avant toute prise en charge d'une DC (organique ou non)

Traiter et accompagner

- Elle se doit d'être multidisciplinaire pour espérer le plus de bénéfices à long terme
- L'idéal est d'avoir à sa disposition un réseau de soins formé par une équipe coordinatrice comprenant un gynécologue, un algologue et un psychologue, un sexologue, et des référents (urologue, gastro-entérologue, rhumatologue, psychiatre, voire des médecins pratiquant des thérapies physiques comme l'ostéopathie, l'acupuncture, la relaxation...).
- L'évaluation psychologique et sexologique peut être d'autant mieux acceptée par la patiente qu'elle se fait dans le cadre d'une prise en charge globale systématique et que souvent elle n'a pas osé faire cette démarche.
- Une fois l'évaluation somatique et psychologique faites, il faut mettre en place un projet thérapeutique et fixer des objectifs réalistes en accord avec la patiente, car le but n'est pas de traiter à tout prix mais de diminuer le niveau de douleur et de favoriser le retour à une activité normale et de permettre une amélioration de la qualité de vie personnelle et relationnelle

