



Psychosomatique et sexualité

Modèle d'intervention psychologique rapide en gynécologie psychosomatique

Short-term psychological intervention in psychosomatic gynaecology

A.-M. Zutter^a, F. Bianchi-Demicheli^{b,*}

^a Consultation de gynécologie psychosomatique et de sexologie, clinique d'accueil et d'urgences psychiatriques, hôpitaux universitaires de Genève,
32, boulevard de la Cluse, 1211 Genève 14, Suisse

^b Service de gynécologie et médecine de la reproduction, département de gynécologie et obstétrique, hôpitaux universitaires de Genève,
32, boulevard de la Cluse, 1211 Genève 14, Suisse

Reçu le 13 juin 2003 ; accepté le 17 décembre 2003

Résumé

Cet article propose un modèle d'intervention psychologique rapide en gynécologie psychosomatique. Le travail s'inspire de la méthode développée par le docteur H. Davanloo (*Intensive Short Term Dynamic Psychotherapy*). Il consiste à identifier, et clarifier, les mécanismes de défense, puis à exercer une pression sur ceux-ci. Cette pression provoque une montée de l'anxiété, une intensification des mécanismes de défense et le développement d'une crise intrapsychique qui fait émerger des émotions et des sentiments douloureux liés à des traumatismes du passé. Cette activation de l'inconscient peut déclencher des manifestations somatiques (douleur, gestuelle inconsciente, tics, tensions musculaires) qui éclairent le lien entre aspect physique et psychique. Ce travail permet un accès rapide aux émotions douloureuses qui génèrent le symptôme. Il désigne les zones et les niveaux d'intervention thérapeutique. Il permet de traduire la réalité psychique de manière simple, rapide et efficace. Il apporte une prise de conscience et une compréhension pour le thérapeute et le patient.

© 2003 Elsevier SAS. Tous droits réservés.

Abstract

This article proposes a rapid psychological intervention model in psychosomatic gynaecology. The work draws from the method developed by Dr H. Davanloo (*Intensive Short Term Dynamic Psychotherapy*). First it consists in identifying and clarifying the defence mechanisms, second in exercising pressure on them. This pressure causes an increase in anxiety, an intensification of the defence mechanisms and the development of an intrapsychic crisis that induces emotions and painful feelings linked to past traumata. This activation of the unconscious can activate somatic symptoms (pain, unconscious movements, tics, muscular tensions) that highlight the link between the physical and psychic aspects. This work allows a rapid access to the painful emotions that turn to symptom. It indicates the therapeutic intervention zones and levels. It allows translating psychic reality in a simple, fast and efficient way. It brings heightened consciousness and comprehension for the therapist and the patient.

© 2003 Elsevier SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Gynécologie psychosomatique ; Psychothérapie brève

Keywords: Psychosomatic gynaecology; Short psychotherapy

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : francesco.bianchi-demicheli@hcuge.ch (F. Bianchi-Demicheli).

1. Introduction

Le terme psychosomatique, créé en 1818 par Heinroth, psychiatre allemand, a été repris par des médecins allemands et par Groddeck en 1923 dans son *Livre du ça* [1,2]. Par la suite, l'école américaine a repris et formalisé le terme avec les travaux de F. Alexander [1]. Actuellement, le DSM IV et le CIM10 ont reclassé les troubles psychosomatiques en troubles somatoformes [3,4].

Les troubles somatoformes sont des symptômes physiques, associés à des demandes d'investigations médicales, persistant en dépit de bilans négatifs répétés, sans base organique ni explication par un abus de substances ou par un autre trouble mental [4].

Les symptômes sont assez sévères pour engendrer chez les patients une détresse significative et ils ne sont pas produits intentionnellement [3].

S'il existe un trouble physique authentique, ce dernier ne permet de rendre compte ni de la nature, ni de la gravité des symptômes, ni de la détresse ou des préoccupations du sujet [4].

Les analystes considèrent que les troubles dits psychosomatiques seraient causés par des conflits intrapsychiques où l'anxiété et les émotions douloureuses s'expriment essentiellement par le biais de symptômes somatiques [5].

Déjà en 1930 le courant américain de médecine psychosomatique, sous l'impulsion de F. Alexander (Chicago) cherche à établir des relations entre maladies et constellations psychodynamiques spécifiques ; la « névrose d'organe » exprimerait la stagnation d'une quantité d'énergie dans un organe ou appareil, investis pour la vie affective [1,6]. Pour P. Marty, qui poursuit le courant de pensée de l'école de Chicago, les événements de la vie provoqueraient des excitations des instincts et des pulsions. L'accumulation de ces excitations ne trouvant pas de voies d'écoulement et de décharge, provoquerait des somatisations [1].

Le but de cet article n'est pas de décrire une théorie, mais un modèle d'intervention psychologique permettant de mettre en évidence l'aspect psychique et de faire des liens avec le problème somatique. Ainsi nous pouvons proposer une intervention thérapeutique rapide appliquée ici en gynécologie psychosomatique. Son utilité est de faire un lien pratique et concret entre une méthode de psychothérapie brève et le travail quotidien avec des patientes présentant une plainte somatique.

2. Méthode

En 1958, Karl Menninger dans son ouvrage *Théorie de la technique psychanalytique* conceptualise le triangle de l'insight pour symboliser d'une manière schématique les relations entre conflits profonds, angoisse et mécanismes de défense [7,8].

Dès 1978, Habib Davanloo développe une technique psychothérapeutique brève et intensive et reprend le triangle de Menninger [7,9,10].

Notre travail s'inspire de la méthode développée par le docteur Davanloo (*Intensive Short Terme Dynamic Psychotherapy*) [11]. Cette méthode consiste à identifier et clarifier les mécanismes de défense (nous utilisons ici le terme de mécanismes de défense, en nous référant au modèle de Davanloo et non au modèle psychanalytique habituel) et à exercer une pression sur ces mécanismes de défense.

Cette pression provoque une montée de l'angoisse, une intensification des mécanismes de défense et le développement de sentiments contradictoires vis-à-vis du thérapeute. Il se crée ainsi une crise intrapsychique qui fait émerger des émotions et des sentiments douloureux liés à des traumatismes du passé. Lors de la phase de pression, nous observons une montée de l'angoisse et une intensification des mécanismes de défense. Des manifestations somatiques apparaissent : douleur, gestuelle inconsciente, tics, tensions musculaires ; elles éclairent le lien entre aspect physique et psychique. Par ailleurs, le contenu ou la modalité d'expression des sentiments qui émergent donnent un sens aux liens physique-psychique. Cette méthode permet donc un accès rapide aux émotions douloureuses qui sous-tendent le symptôme.

L'utilisation du triangle de l'insight permet une application simple, rapide et à grande valeur pédagogique.

2.1. Contexte et description de la technique

Lors de la consultation le problème ou symptôme amené par la patiente peut être :

- somatique, avec l'hypothèse d'une ou de causes psychiques (« psychosomatique ») ;
- psychique, se présentant comme une réaction excessive, mal adaptée au problème somatique ;
- psychique, révélé ou aggravé par le problème gynécologique.

L'intervention psychologique permet de :

- décrire les aspects psychologiques du problème (pulsions, émotions, sentiments, anxiété, mécanismes de défense) ;
- formuler des hypothèses de fonctionnement du problème (lien entre somatique et psychique) ;
- proposer, en fonction de ces hypothèses, des interventions thérapeutiques.

La stratégie est la suivante :

2.1.1. Évaluation de la demande avec clarification du problème pour lequel la patiente consulte un psychologue

Clarifier le problème revient à faire une sorte de diagnostic fonctionnel, global, qui prend en compte l'aspect somatique et l'aspect psychique (comme cause possible, ou comme conséquence). Nous recueillons les informations suivantes : la demande, les attentes du médecin-gynécologue ; la demande, les attentes de la patiente.

Il s'agit en outre de faire la différence entre la demande explicite, les attentes et la motivation, de la patiente d'une part, du gynécologue d'autre part (il n'y a pas toujours convergence entre les deux).

2.1.2. Clarification-formulation du « problème », incluant l'aspect somatique et l'aspect psychologique

Au début, le « symptôme » ou problème, situation difficile, est décrit soit dans son seul aspect somatique, soit de façon floue, imprécise, peu ou pas consciente des aspects psychologiques.

Pour clarifier, nous allons examiner comment les difficultés se présentent maintenant, comment elles se sont développées et quelles en sont les conséquences :

- l'aspect somatique : le diagnostic, les investigations faites ou à faire, les traitements passés, présents, ce qui est connu, sûr et ce qui ne l'est pas ;
- l'aspect psychosomatique, c'est-à-dire les manifestations somatiques qui sont manifestement ou hypothétiquement déclenchées par des facteurs émotionnels, affectifs ou anxieux ;
- la réaction psychique à ces troubles : comment la patiente vit-elle son problème, et comment le gère-t-elle ?
- les difficultés ou conflits que la patiente a avec elle-même, qu'il s'agisse de symptômes psychiques, de comportements problématiques, d'anxiété ;
- les difficultés relationnelles, dans le couple, la famille, au travail, avec les amis.

L'utilisation d'un journal où la patiente note, précise, situe dans le temps et les circonstances, éventuellement quantifie le problème-symptôme, peut être précieux pour mieux préciser les difficultés.

D'autres informations sont également importantes :

- y a-t-il eu des traitements psychologiques dans le passé, lesquels, et avec quels résultats ? Y a-t-il des sentiments à ce sujet ? Lesquels ?
- y a-t-il des hypothèses personnelles, des croyances (aspect culturel), des convictions personnelles par rapport au « symptôme » ?

2.1.3. Formulation d'hypothèses de développement et de fonctionnement du « symptôme »

Il s'agit maintenant d'intégrer ces différentes informations, d'établir des liens et de faire des hypothèses de fonctionnement, ceci avec la participation active de la patiente.

À partir du problème psychologique que nous avons identifié comme étant le déclencheur probable du symptôme psychosomatique qui motive la consultation, nous mettons en évidence (Fig. 1) :

- les pulsions-sentiments-émotions (P-S-E) ;
- l'anxiété (A) ;
- les mécanismes de défense (D) (réactions en termes de comportements et/ou de pensées).

Les pulsions-sentiments-émotions (P-S-E) conscients ou pas, génèrent de l'anxiété et la mise en place de mécanisme de défense.

En règle générale, le premier triangle clarifié est celui du « trauma » constitué par l'objet de la consultation. On trouve le plus souvent une succession de triangles, liés les uns aux autres, et leur clarification nous fait découvrir successivement les différents « traumas ».

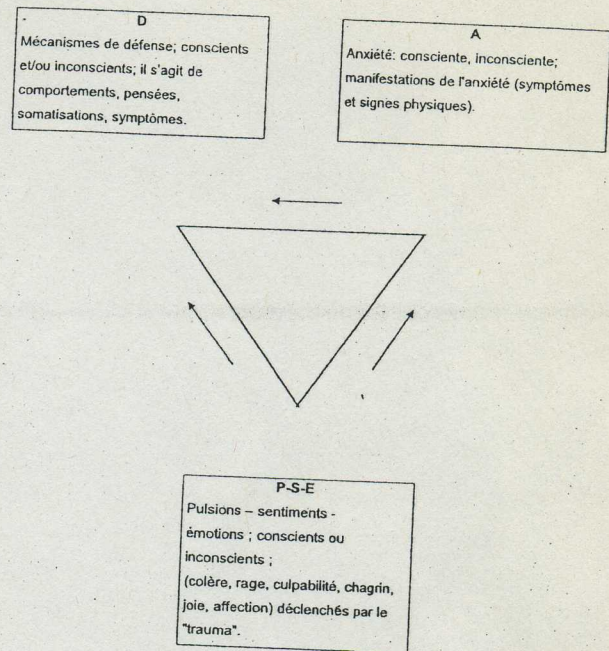


Fig. 1. Modèle de fonctionnement physique (« triangle de l'insight »).

Cette phase de clarification du problème et de formulation d'hypothèses est dans la réalité du travail toujours en opération, une clarification en amenant immédiatement d'autres.

Nous clarifions les trois aspects D, A, et P-S-E et établissons de facto le lien entre eux. Chaque étape du travail doit être formulée et discutée avec la patiente. Sa participation et son accord sont nécessaires pour assurer la pertinence du travail, et la réussite de la thérapie, ceci évite une attitude passive, dépendante, dans l'attente d'une formule magique. Il s'agit d'un travail commun où la patiente est une partenaire active.

Lorsque nous parlons d'angoisse inconsciente nous entendons ici une anxiété dont la patiente n'est pas consciente, mais qui se manifeste clairement dans le corps. Par ailleurs, nous utilisons indistinctement le terme d'angoisse et d'anxiété.

2.1.4. Choix thérapeutique/contrat

Le choix thérapeutique et le contrat passé avec la patiente précisent :

- le ou les triangles qui vont être l'objet du travail thérapeutique ;
- le niveau d'intervention (P-S-E, A, D) ;
- les outils thérapeutiques.

On peut le schématiser comme suit (Fig. 2) :

Le choix du triangle, du niveau d'intervention thérapeutique (P-S-E, A, D), et de la technique utilisée va se faire en fonction :

- de la demande et motivation de la patiente ;
- de la demande du gynécologue ;
- des hypothèses de fonctionnement formulées suite à la clarification du problème ;
- des outils thérapeutiques disponibles.

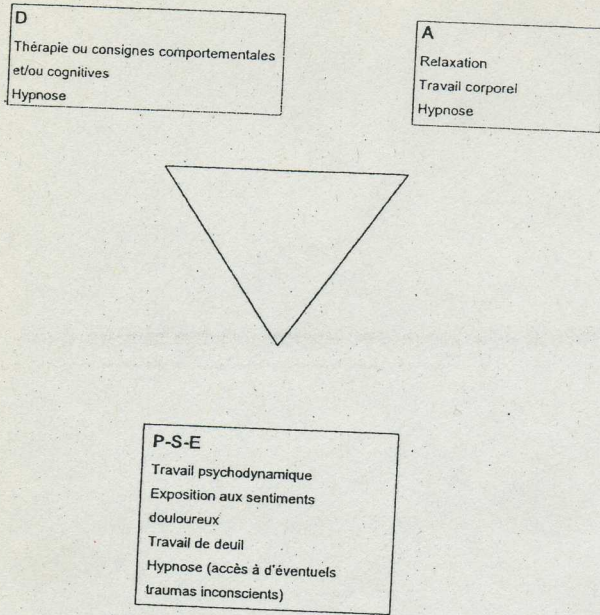


Fig. 2. Choix thérapeutique.

Il faut préciser que le choix thérapeutique est souvent remis en question, ou ajusté au cours du travail, pour tenir compte des changements qui apparaissent en cours de thérapie.

2.2. Illustrations cliniques

2.2.1. Cas 1

Patiente de 47 ans, mariée, deux enfants. Niveau d'études supérieur.

2.2.1.1. Évaluation de la demande avec clarification du problème pour lequel la patiente consulte un psychologue. Patiente envoyée par son gynécologue pour des mycoses à répétition depuis plus de dix ans sans rémission. Innombrables tentatives thérapeutiques par traitement local et général sans succès durable.

2.2.1.2. Clarification-formulation du « problème », incluant l'aspect somatique et l'aspect psychologique. Difficultés relationnelles particulièrement sensibles dans le couple qui se manifestent à travers les mécanismes de défense et la mycose.

L'hypothèse de travail est que la mycose représente une forme d'évitement des rapports sexuels et une expression de l'agressivité à l'égard du mari.

2.2.1.3. Formulation d'hypothèses d'acquisition et de fonctionnement du « symptôme » (Fig. 3). Anamnèse. À 21 ans, la patiente rencontre son mari ; le couple présente tout de suite des difficultés sexuelles essentiellement liées au manque d'expérience du mari qu'elle décrit comme maladroit. Quelques années plus tard le mari lui avouera qu'il n'a jamais eu d'expérience sexuelle avant elle et qu'elle est en fait sa

première femme. La patiente mobilise alors progressivement une très grande colère envers le mari, pensant qu'il lui a gâché la vie. Les mycoses commencent dans un contexte de crise conjugale ou les sentiments de colère envers le mari sont réactivés par différents événements de vie. Les traitements successifs s'avèreront d'une efficacité nulle ou temporaire.

2.2.1.4. Choix thérapeutique et évolution. En mettant la pression sur les mécanismes de défense (mécanismes avec lesquels la patiente étouffe et cache ses sentiments et ses émotions et de ce fait garde les autres à distance), la patiente a d'abord tendance à partir dans les larmes. La clarification de cette nouvelle défense lui permet alors de commencer à ressentir ses émotions et à les exprimer.

Elle prend douloureusement conscience du fait que ses mécanismes de défense l'ont éloignée de son mari et de ses enfants. Cette douleur active le chagrin de la relation gâchée avec un père distant et autoritaire et avec une petite sœur dont la naissance avait déclenché une réaction violente. Elle prend aussi conscience que l'anorgasmie relationnelle et le manque de désir vis-à-vis du mari sont des mécanismes de défense pour réprimer la colère et le chagrin. Quand la patiente devient consciente de la rage, de la colère et du chagrin, les mycoses disparaissent définitivement et sans traitement médicamenteux.

2.2.2. Cas 2

Patiente de 24 ans, célibataire, nullipare. Niveau d'études universitaire.

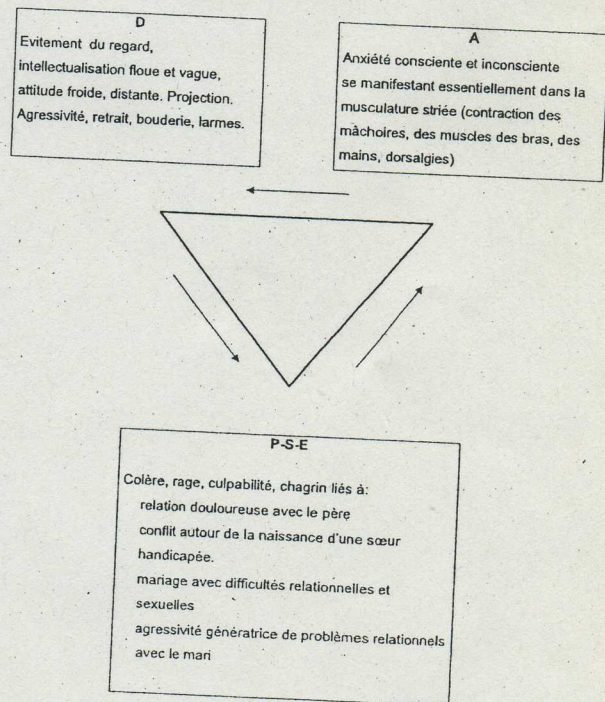


Fig. 3. Cas 1.

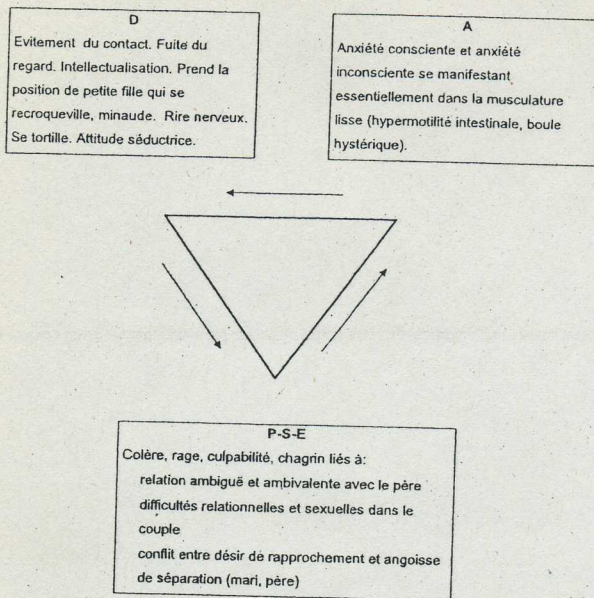


Fig. 4. Cas 2.

2.2.2.1. Évaluation de la demande avec clarification du problème pour lequel la patiente consulte un psychologue.

Patiente envoyée par le gynécologue pour une vulvodynie persistante et handicapante (brûlures, démangeaisons et douleurs) depuis plus de deux ans. Innombrables tentatives thérapeutiques sans succès.

2.2.2.2. Clarification-formulation du « problème », incluant l'aspect somatique et l'aspect psychologique. Angoisse dans les relations proches, crainte de l'intimité et du rapprochement émotionnel ; vulvodynie ; d'où évitement des rapports sexuels ; problèmes dans le couple.

2.2.2.3. Formulation d'hypothèses d'acquisition et de fonctionnement du « symptôme » (Fig. 4). Anamnèse. Relation ambiguë avec le père qui passait d'une attitude autoritaire, colérique et humiliante à des manifestations excessives d'affection, vécues comme intrusives et inadéquates. Depuis trois ans relation sentimentale et sexuelle avec un homme, satisfaisante au début, devenue difficile à la suite d'une infidélité du partenaire. Dans ce contexte apparaît la vulvodynie et des difficultés sexuelles (dyspareunie, absence de lubrification vaginale, perte du désir sexuel, aversion sexuelle).

2.2.2.4. Choix thérapeutique et évolution. En mettant la pression sur les mécanismes de défense, en particulier sur l'angoisse relationnelle, c'est-à-dire en attirant l'attention de la patiente sur la manière dont elle évite le contact (en faisant la petite fille, en essayant de séduire, en intellectualisant etc.), on lui permet de devenir consciente de sa peur du rapprochement émotionnel et du même coup du fait que la douleur augmente avec le rapprochement (quand le thérapeute s'approche la douleur augmente considérablement, quand il s'éloigne elle diminue).

La patiente devient alors consciente d'un sentiment de colère lors du rapprochement qu'elle vit comme intrusif ; ensuite émergent les sentiments douloureux liés à la relation difficile avec le père. Le chagrin lié au sabotage de la relation avec l'ami devient lui aussi conscient. Elle commence à verbaliser la colère, le chagrin et à prendre conscience de la peur de perdre l'autre (angoisse d'abandon).

En apprenant à la patiente à mieux s'affirmer, elle commence à exprimer ses désirs, ses besoins, et parallèlement la douleur diminue significativement.

3. Discussion

Cette approche se fonde sur la technique psychothérapeutique de H.-B. Davanloo [7-9]. Le modèle des triangles, très schématique, permet de traduire la réalité psychique de manière simple, rapide et efficace. Il est un outil de compréhension et de prise de conscience pour le thérapeute et le patient. Il a une valeur pédagogique et thérapeutique.

L'observation détaillée du comportement de la patiente permet d'identifier les manifestations anxieuses et les mécanismes de défense. La pression sur les mécanismes de défense augmente l'angoisse et ces mécanismes de défense, et parallèlement génère des sentiments qui deviennent de plus en plus conscients. Ceci permet aux patientes de prendre conscience :

- de l'anxiété et de ses manifestations ;
- des mécanismes de défense ;
- des pulsions des sentiments et des émotions ;
- de faire le lien entre ces trois aspects.

Par ailleurs, cette pression peut induire l'apparition ou des variations du symptôme psychosomatiques et clarifier de facto le lien entre symptôme et émotion. Le symptôme peut dès lors être interprété dans ses dimensions synchronique et diachronique.

Le symptôme psychosomatique prend ainsi un sens et permet d'orienter les niveaux d'intervention thérapeutique.

Une pathologie psychiatrique importante (dépression majeure, psychose) ou une situation de crise de vie aiguë, limitent l'utilisation de la méthode. Les réactions de la patiente à la mobilisation de l'angoisse et des sentiments douloureux donnent la mesure de sa tolérance à l'intervention thérapeutique.

Remerciements

Nous remercions Madame Clairelise Bonnet pour ses remarques pertinentes et le Dr Dominique Chatton pour avoir été l'instigateur de ce travail.

Références

[1] Mimoun S. Traité de gynécologie-obstétrique psychosomatique. Flammarion; 1999.

- [2] Groddeck G. *Le livre du ça*. Éditions Gallimard; 1973.
- [3] DSM IV. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Paris: Masson; 1996.
- [4] ICD-10. International statistical classification of diseases and related health problems. Paris: Masson; 1993.
- [5] Kaplan HI, Saddock BJ. *Synopsis of psychiatry*. Baltimore: Williams & Wilkins; 1997.
- [6] Alexander F. *La médecine psychosomatique*. Paris: Payot; 1977.
- [7] Menninger K. *Theory of psychoanalytic technique*. New York: Basic Books; 1958.
- [8] Malan DH. *Psychodynamique et psychothérapie individuelle : une perspective scientifique*. Liège: Pierre Mardaga; 1981.
- [9] Davanloo H. *Short-term Dynamic Psychotherapy*. New York: Jason Aronson; 1980.
- [10] Davanloo H. *Unlocking the Unconscious*. Chichester: Wiley; 1990.
- [11] Davanloo H. *Intensive Short-term Dynamic Psychotherapy*. Chichester: Wiley; 2000.