

1ère partie : Le stade anal - L'énurésie de l'enfant et de l'adolescent

2ème partie : Les incontinenances urinaires

3ème partie : Les algies urétrales

Réf : J.P. Valero Psychiatre (IIIe congrès national du groupe de recherche en rééducation d'uro-gynécologie et pathologie digestive 1990 terminale)

Tout urologue ou tout psychiatre travaillant dans un secteur d'urologie a certainement déjà été marqué par le nombre élevé de patientes qui viennent consulter pour des troubles urologiques ne présentant aucune lésion organique, et quand ces lésions organiques existent, il n'est pas rare non plus d'en constater leurs répercussions sur le psychisme et sur la vie sexuelle de ces patientes. La proximité et les rapports anatomiques étroits entre l'appareil urinaire et l'appareil génital, leur histoire embryologique, leur organisation commune confèrent aux "uropathies" une note de sexualité et rendent compte des composantes psychogènes rencontrées dans l'étiopathogénie de certains symptômes urologiques, symptômes qui sont, de plus, vécus avec angoisse, gêne et culpabilité.

Concevoir qu'il puisse y avoir parfois une intrication de facteurs psychologiques et fonctionnels, c'est accepter qu'il n'y a pas deux sortes de maladies, "les vraies" et les "fausses", les réelles et les imaginaires, c'est accepter qu'il y a des malades, et, auprès d'eux, des médecins qui, pour l'être, doivent être attentifs et doivent continuellement ajouter à leurs connaissances techniques une dimension relationnelle, c'est accepter aussi que le symptôme présenté soit parfois un langage qu'il faut savoir entendre et interpréter dans la relation du malade avec son médecin.

Si la plupart de ces manifestations symptomatiques peuvent être entendues comme des formes de "langage", une erreur serait de considérer que chacun de ces symptômes traduit toujours et constamment la même problématique.

D'autre part, la plupart de ces symptômes psychosomatiques (si ce n'est pas tous) ont pour le malade, outre un aspect négatif, des aspects positifs qu'il faut savoir déceler, qui sont les bénéfiques secondaires de leur maladie, et qui participent pour beaucoup à la la création d'un véritable système dans lequel ils s'enferment (par exemple, telle cystalgie ou douleur génito-urinaire servira d'alibi à l'évitement des rapports sexuels, telle énurétique par son symptôme évitera un mariage imposé ou non désiré, et pourra par ses draps à changer et à laver, conserver une attention maternelle ou familiale satisfaisante).

Mais avant d'envisager sur un plan plus "clinique" les divers aspects psychologiques et sexuels intriqués aux troubles urinaires, nous devons faire un rappel du rôle et de la valeur symbolique de la sphère uro-génitale dans le développement psychologique de toute personne afin d'en saisir pleinement toutes les conséquences.

1 - LE STADE ANAL COMME ORGANISATEUR DE LA PERSONNE

Succédant au stade oral dans lequel le nourrisson garde une dépendance étroite avec sa mère, ce que nous définissons comme le stade anal commence à la fin de la première année avec l'apparition des facultés de marcher, de parler, de penser, de contrôler ses sphincters. Il consacre l'accession à l'autonomie de l'enfant. Celui-ci découvre le plaisir d'exercer sa musculature et de manipuler les objets qui l'entourent.

C'est aussi pour l'individu la découverte du contrôle du plaisir : plaisir de la stimulation anale et urétrale par les excréments et l'urine, plaisir aussi et surtout du "laisser aller", du relâchement du "laisser couler", le plaisir ici et comme ailleurs répondant au principe fondamental du relâchement d'une tension (comme dans l'orgasme). Cette satisfaction,

dont prend conscience l'enfant, se heurte vite cependant au désir des parents d'éduquer ce dernier.

C'est pour garder l'amour et la considération de ses parents que l'enfant va leur faire plaisir en apprenant, lui, à se retenir, à se contenir, (se retenir au niveau des matières fécales, de l'urine mais aussi au niveau de la turbulence, de son excitation, de son laisser-aller général). L'enfant va, entre autre, intégrer à ce stade ce qui est propre de ce qui est sale, ce qui est bien et ce qui est mal, valeurs subjectives léguées par le parent et que l'enfant reprend à son compte.

De cet enseignement, l'enfant va apprendre intuitivement que le sale, le plaisir et l'interdit sont en général assimilés, alors que le propre, le bien et le permis correspondent à ce que l'on attend de lui. C'est au prix de ce sacrifice, de cette aliénation, que l'enfant va accéder au rang de personne admise, approuvée, considérée "socialisée". Toute infraction à cette règle de la rétention entraînant le désaveu, la honte, le rejet, le désamour du parent aimé et sollicité.

Au travers des matières fécales et des urines va donc se jouer tout un jeu relationnel ou l'enfant va prouver au parent son amour ou sa soumission ou au contraire sa révolte, son conflit avec l'autre.

Ce rapport de l'enfant au parent, à travers l'éducation de la propreté, sera déterminant sur tous les traits de caractère de la personne à venir, y laissant dans son corps et son esprit des traces indélébiles.

Cette éducation à la propreté sera donc source de satisfaction narcissique, de fierté, de signe de progression ou bien de honte, de révolte ou de soumission (au parent, à la loi, à la morale, puis à la société). Nous en retrouvons toujours plus ou moins des implications dans les troubles urologiques que nous allons maintenant aborder :

- énurésies de l'enfant et de l'adolescent,
- les incontinenances urinaires de l'adulte et de l'adolescent,
- les algies urétrales.

2 - L'ÉNURÉSIE DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT

Relativement fréquente, elle correspond schématiquement dans tous les cas où l'on peut éliminer une déficience organique :

- au désir de l'enfant ou de l'adolescent de ne pas grandir, de ne pas quitter le giron familial. IL s'agit généralement d'un enfant ayant gardé de forts traits d'attachements à la mère et que celle-ci entretient.

Dans l'énurésie, l'enfant retourne au stade du nourrisson, antérieur à tout contrôle sphinctérien et en tire des bénéfices psychologiques et relationnels certains, de type "maternage". Cette énurésie traduit donc une immaturité affective et il est important d'aider l'enfant à "grandir", à "s'autonomiser". L'énurésie va souvent de pair avec un abandon régressif important et d'un manque d'entraînement au contrôle de "l'alerte d'éveil" propre à tout mammifère adulte. Chez les filles, l'énurésie est très fréquente dans la culture maghrébine où le lien mère-fille est souvent très intense.

- une autre origine à l'énurésie peut-être évoquée dans l'hypothèse d'un équivalent masturbatoire de l'énurésie : la stimulation de l'urètre par l'urine réalisant là encore un désir incestueux avec la mère.

Quoi qu'il en soit, il est important dans ces cas d'avoir l'aide des parents dans un programme d'émancipation de l'enfant où les psychothérapies de type comportemental donnent de bons résultats.

3 - LES INCONTINENCES URINAIRES - LA POLLAKIURIE

S'il ne peut être défini de structure de personnalité de l'incontinence, il fréquent de retrouver chez les femmes présentant une incontinence d'effort, ou une vessie instable avec inversion de commande, un terrain dépressif sous-jacent.

Ce sont des patientes qui présentent souvent un schéma corporel altéré, avec une difficulté de représentation de la sphère génito-urinaire, qui n'est ni sentie, ni agit. C'est comme si nous nous retrouvions face à une "anosognosie génito-urinaire" et d'ailleurs, leur sexualité est souvent altérée dans le sens d'une perte de la sensibilité, voire une frigidité avec une perte de la commande motrice du plancher pelvien.

Ces patientes ont d'autre part une grande labilité émotionnelle, une forte réactivité neuro-végétative. Cet état dépressif, fréquent, s'installe le plus souvent sur une personnalité déjà fragile, ayant un " moi " faible, immature affectivement. Ce sont des patientes peu sûres d'elles, de leurs capacités, ayant une représentation narcissique d'elles-mêmes peu importante. Si les rapports interpersonnels sont très peu érotisés, le "transfert" affectif sera souvent très massif, une fois qu'un contact sécurisant sera établi avec le médecin, transfert massif témoin de leur immaturité et de leur demande régressive avec un médecin-parent, sur qui elles pourront compter. Ce transfert, s'il peut être utile pour la rééducation peut aussi être une entrave car il pourra aboutir très vite à une dépendance passive à la recherche de bénéfices secondaires importants au contact du thérapeute facilement idéalisé. Ce terrain dépressif est souvent déclenché par les événements particuliers ayant une valeur affective importante et qui vont amener la patiente à " lâcher prise ", à renoncer au contrôle sphinctérien que jusqu'alors elle maintenait avec difficultés.

Nous avons ainsi particulièrement remarqué à l'origine de ces incontinenes urinaires :

- la fréquence des conflits de couples : patientes qui découvrent une relation extra-conjugale à leur mari, ou que le mari dévalorise à un moment donné. La blessure d'amour propre et le sentiment d'abandon qui en découlent les amènent, au lieu de lutter, à un laisser-aller de "vaincues ".
- la fréquences du veuvage.

Dans ces deux cas, les événements déclencheurs viennent en quelque sorte condamner ces patientes déjà fragiles. Elles remettent en question leur valeur de femme, leur féminité, leur séduction et ce d'autant plus que l'incontinence est amorcée. La honte qui en découle ne fait qu'aggraver à son tour ce sentiment de défaite, de renoncement qui leur fait abandonner leur sphère uro-génitale comme lieu de gratification.

Cet état dépressif, cette blessure narcissique souvent rencontrée, rend compte de l'anxiété de ces patientes, de l'importance de la dystonie neurovégétative souvent présente avec, dans de nombreux cas, une pathologie colitique ou gastrique associée, des pathologies ovariennes ou, dans d'autres cas, des crises de tétanie ou des bouffées d'angoisse.

Les patientes présentant une pollakiurie sont souvent agitées, "stressées ", cherchant à s'occuper sans cesse (mais sans y parvenir vraiment) insatisfaites de leur existence qu'elles idéalisent autrement. Frustrées, elles ont l'impression que (comme leur urine) tout leur échappe. La valeur symbolique de leur incontinence vient s'inscrire comme un "plein" dans le "creux" de leur existence leur donnant un centre d'intérêt où cristalliser leur anxiété. La pollakiurie chez ces patientes est souvent à mettre en parallèle avec une perte des sensations de plénitude vésicale. Certaines de ces patientes sont sans cesse attentives à la recherche de la moindre sensation de tension vésicale, vécue comme insupportable, et qu'elles traduisent, par un besoin impérieux d'uriner, alors que sur un plan physiologique, cela ne se traduit pas.

Cette perte de la discrimination des sensations vésicales est aggravée par la note émotionnelle "stressée" de ces patientes qui renforce la sensation de miction (de même qu'un examen ou une émotion violente donne envie d'uriner, l'état de quasi-panique

dans lequel ces patientes s'auto-entretiennent justifie et renforce leur pollakiurie en un feedback positif). A l'appui de ceci, nous pouvons citer certaines patientes qui déclarent " oublier " leur pollakiurie dès qu'elles sont concentrées, absorbées par une tâche qui les passionne. Tel cet homme se plaignant de pollakiurie extrême, incessante et qui oubliait son besoin d'uriner chaque fois qu'il fallait couper du bois à la hache (malgré l'ébranlement causé par le choc de la hache !).

Nous pourrions résumer ceci en décrivant globalement deux types de patientes qui présentent des problèmes mictionnels à forte composante psychogène :

- les patientes " coarctées ", celles qui se retiennent sans cesse, se contiennent au niveau de leur vessie, comme au niveau de leur vie. Ce sont des patientes ayant de forts traits de personnalité obsessionnels : maniaques du ménage, méticuleuses, se sont des patientes toujours tendues, qui contiennent mal leur agressivité et qui ont un tonus pelvien souvent élevé (patientes que nous qualifierons "stressées" du petit bassin). C'est dans ce groupe de patientes que l'on retrouve avec la plus grande fréquence des cas de cystalgie, vaginisme, dyspareunie, rétention urinaire. La frigidité et l'hostilité du partenaire y sont étroitement corrélées.
- les patientes qui " se laissent aller " dans un vécu régressif. Nous insistons encore sur le parallèle entre le laisser-aller moral et physique, et l'image dévalorisée de soi , le " laisser couler " de leur incontinence.

C'est dans ce groupe que nous retrouvons plus particulièrement :

- les incontinenances urinaires d'effort, les prolapsus,
- les inversions de commande.

Entre ces deux types de patientes, il y a les " instables " hésitant entre la rétention et le laisser-aller avec une labilité émotionnelle.

La démarche thérapeutique auprès de ces patientes aura essentiellement pour but, au vu de ce que nous venons de dire de décrire, de leur faire découvrir leur schéma corporel altéré , à travers des techniques de relaxation, d'abord globales, puis localisées dans un second temps sur la sphère uro-génitale en se polarisant sur la sensibilité proprioceptive, coenesthésique de celle-ci . Cette relaxation est importante car elle réagit à deux niveaux :

- elle permet d'abord une répression autorisée chez ces patientes déjà en demande de régression,
- elle permet d'autre part sur le plan psychologique, de les remettre en accord avec elles-mêmes, de les aider à se " renarcissiser ", de les revalider en leur donnant une meilleure confiance en elle.

Cette technique de relaxation aura donc un double objectif : régressif puis restructurant.

Cette démarche atteinte, une recapacitation motrice du plancher pelvien pourra être entreprise au travers des techniques classiques de biofeedback, dans l'alternance des contractions/détentes des muscles releveurs, sans la participation abdominale. Un signe important pourra être la réapparition d'un intérêt nouveau porté à la sexualité, la renaissance du désir, puis du plaisir, le besoin à nouveau de plaire, de se plaire, éléments qui viendront témoigner d'une recapacitation autant physique que morale.

Dans certains cas où les troubles de la représentation de la sphère génito-urinaire sont particulièrement graves, et où la participation neuro-végétative est très importante, la relaxation à elle seule peut parfois donner des améliorations spectaculaires aussi bien sur les pollakiuries que sur l'incontinence urinaire elle-même.

4 - LES ALGIES URETRALES

Outre les cystalgies à urine claire qui se retrouvent dans un contexte d'insatisfaction sexuelle où la douleur est prétexte à l'évitement des rapports (ce sont souvent des

femmes ayant un profil hystérique frigide, ou bien des patientes ayant des comportements obsessionnels de fuites, dans leur cadre familial, les douleurs urétrales sans substratum organique sont plus fréquentes chez l'homme que chez la femme. Il s'agit très souvent de patients ayant un mode de pensée opératoire, c'est-à-dire ayant une vie fantasmatique et imaginaire très pauvre, voire inexistante, avec une hypervalorisation du concret, d'où la résistance extrême de ces patients quant à une perspective d'approche directement psychologique de leurs troubles.

Contrairement aux femmes, pour les hommes algiques, seules les rationalisations et l'explication « mécanique » de leurs troubles ont le droit de cité. Tout le reste est vécu comme superflu. Pour ces patients, il y a comme une distance entre leur corps, objet de la consultation et eux-mêmes sujets consultants. Ainsi, ils ne disent pas " je " mais " ça " (ça brûle, ça s'est cassé, ça ne fonctionne pas). La douleur du corps est ici le signe d'une part de la parole et d'un clivage entre l'organe souffrant et le sujet. La tâche du médecin est alors de réveiller, de recréer cette approche manquante, au travers d'un abord corporel. Mais, dans ce projet thérapeutique, il est important de fournir une explication causaliste très claire, fonctionnelle, voire mécaniciste du trouble algique, afin que le patient accepte d'adhérer à cette démarche. C'est dans ce cadre que nous réintroduisons le corps dans la relation thérapeutique, afin de sécuriser le malade sur l'intérêt porté à son symptôme.

Nous utilisons là-aussi la relaxation avec en corollaire une rééducation périnéale afin de réduire cette distance entre le psychisme mis hors de cause par le patient lui-même, d'avec la partie du corps qu'il met à distance, comme cible investie de tous les maux. L'aspect technique et instrumental du biofeedback rassure ces malades en les laissant dans un contexte médical et en leur offrant comme dans leur demande une réponse sur un mode opératoire.

Les résultats sont le plus souvent laborieux et aléatoires mais des résultats spectaculaires dans la rémission des douleurs sont parfois enregistrés. Le biofeedback vient ici comme une ouverture pour dépasser et aborder dans le cadre des séances et en parallèle les plaintes sexuelles souvent sous-jacentes, leurs déceptions, leurs amertumes, leur mal de vivre. Nous avons rencontré beaucoup de patients ayant des profils de personnalités de types hystérique ou hypocondriaque, dans ce genre de pathologie, mais c'est surtout la fréquence élevée de structures paranoïaques de la personnalité qui nous à marqué.

5 - CONCLUSION

Nous avons tenté de montrer dans ce bref exposé que la thérapie des symptômes urologiques psychosomatiques chez l'homme comme chez la femme, si elle nécessite une attitude rigoureuse et attentive de l'urologue, ne peut nier la tonalité émotionnelle et affective de ce type de plainte et les contre-attitudes qu'elles introduisent chez le soignant.

Bien que la prise en charge psychothérapique ait idéalement sa place ici, en pratique ces patients refusent et fuient l'introspection psychologique si elle est proposée en préalable, sauf si l'équipe soignante accepte de « jouer le jeu » du symptôme, de se laisser porter par lui, de le laisser parler, au lieu de tenter de le réduire coûte que coûte, ce qui ne peut aboutir qu'à un échec.

Cette relation soignant-soigné ainsi définie, permet alors de constituer une assise par d'autres rencontres au niveau du corps, au niveau de la relaxation, ou par l'intermédiaire du biofeedback, rencontres où le désir et le malaise pourront de dire et où l'existence du sujet ne passera plus seulement par sa souffrance.

