

PERTURBATIONS SEXUELLES LIEES A L'INSUFFISANCE RENALE. CONSIDÉRATIONS CLINIQUES ET PRISE EN CHARGE SEXOLOGIQUE

Robert Gellman* et Claire Gellman-Barroux**

* Psychiatre des Hôpitaux de Paris, Clinique Urologique Hôpital Necker, 149, Rue de Sèvres
75015 Paris et CHS de Maison-Blanche, 3, Avenue Jean Jaurès, 93330 Neuilly sur Marne

**Psychologue-psychanalyste, Vice-Présidente de l'Ecole Française de sexologie, Hôpital Necker, 149, rue de Sèvres 75015 Paris

SEXUAL DISTURBANCES BOUND TO RENAL FAILURE : CLINICAL CONSIDERATIONS AND SEXOLOGICAL TREATMENT. The sexual problems of the patients with renal failure seem to us a good example of the relationship between sexology and somatic diseases. Multidisciplinary work seems necessary, between somatic physicians, psychologists and sexologists to bring, when survival is secured, quality of survival which is the main claim of the patients. Due to the remarkable progresses achieved by nephrology, more than 100.000 patients with renal failure survive thanks to hemodialysis, while more than 30.000 have been transplanted. That explains the growing interest regarding the sexuality of these patients whose numbers are regularly increasing. **Keys-words :** renal failure, hemodialysis, transplantation, sexual problems. **Andrologie, 1991, 1 : 74-76.**

Comme toute atteinte organique chronique, l'insuffisance rénale va entraîner dans sa période aigüe, de graves perturbations de la sexualité. Il y a, en effet, une dévalorisation narcissique, une perte du sentiment imaginaire de toute puissance. L'angoisse est si intense que le sujet est replié sur lui-même et ne peut plus investir l'Autre en tant qu'objet d'amour. Durant cette période, toute intervention de type sexologique est bien entendu hors de propos. Ce n'est qu'ultérieurement, lorsque le traitement somatique aura pu aboutir à une certaine stabilisation, que le problème sexuel se posera.

L'insuffisance rénale est une affection chronique certes, mais avec un certain nombre de particularités :

1° - La fonction atteinte est symboliquement investie chez l'homme. Fonctions urinaire et sexuelle sont intimement mêlées par l'organe même qui leur est commun : le pénis. Toute perturbation de la fonction urinaire risque d'être vécue comme atteinte de la virilité et comme confirmation de la réalité de la castration symbolique. Ceci est particulièrement évident pour les personnalités de structure phallique, où existe un besoin permanent de prouver la virilité, la puissance, et de se rassurer quant à l'angoisse de castration (1). Cette structure phallique correspond à des fixations préférentielles à l'un des stades du développement libidinal, décrit par

FREUD sous le nom de stade phallique, qui survient normalement dans la 4ème année. Durant cette période apparait le début de la masturbation infantile. On comprend alors très bien l'apparition de troubles sexuels tels que l'impuissance et l'affaiblissement de la libido, ainsi que la recrudescence des masturbations, constatées par certains au cours de la période de dialyse. Ceci correspond d'une part à une régression au stade phallique et d'autre part à un repli sur soi, lié à la très forte angoisse de ces patients.

2° - L'affection va nécessiter des retours très réguliers dans le milieu hospitalier afin d'y subir des hémodialyses. La survie dépend en permanence d'une équipe thérapeutique avec qui, bien entendu, s'établiront des relations très prégnantes. Sous peine de risquer de graves ennuis somatiques, le patient doit se soumettre entièrement aux décisions d'ordre thérapeutique. Cette dépendance va entraîner un fort sentiment de frustration et donc une agressivité intense. Chacun connaît le schéma Freudien : la frustration est source d'angoisse et d'agressivité.

Cette agressivité peut se traduire par des attitudes d'opposition : refus du régime, de la dialyse. L'agressivité peut être retournée contre soi-même plus directement et se traduire par des tentatives d'autolyse.

La relation avec l'équipe thérapeutique est parfois fortement érotisée, et s'accompagne souvent de régression et d'attitudes infantiles à l'égard des soignants, favorisées, bien entendu, par la dépendance de fait qui existe dans la réalité.

L'équipe thérapeutique ordonnance le traitement ;

- le régime, source de frustration orale intense,
- les interventions préparant une greffe éventuelle peuvent entraîner des cicatrices inesthétiques qui vont, surtout chez la femme, constituer de graves atteintes de l'image de soi, et donc une frustration narcissique intense avec auto-dévalorisation.

Tout ceci est source de troubles sexuels, en particulier de frigidité.

3° - Les relations à l'intérieur du couple sont fortement perturbées. L'homme malade perd son rôle d'autorité et de référent symbolique pour prendre le statut d'assisté et d'objet de compassion. Quelque soit l'affection dont on l'entoure, l'ambivalence ne peut être que masquée et se manifestera souvent par le surcroît de conseils et de précautions dont on l'entoure.

La reprise du travail est pour lui capitale, il aura tendance à identifier travail et virilité au détriment parfois complet de l'investissement libidinal. On comprend l'importance de ce surinvestissement du travail quand on sait qu'un grand nombre de patients ne reprendront que très tardivement leurs activités, ou s'il s'agit d'adolescents, auront les plus grandes difficultés d'insertion. La longue maladie et le chômage sont vécus avec une forte culpabilité, qui va se traduire par une perte de la libido.

Lorsque c'est l'homme qui est malade, la femme assume toutes les charges, et doit éventuellement reprendre une activité professionnelle tandis que lui-même reste au foyer. Il y a là une inversion des rôles traditionnels, qui ne peut être vécue que de façon très dévalorisante et se traduire sur le plan sexuel par de l'impuissance.

Pour la femme, le problème n'est pas exactement identique. L'abandon éventuel d'une activité professionnelle ou d'études en cours, la restriction des contacts sociaux peuvent être mal vécus, mais c'est surtout l'interdiction de grossesse qui est très dévalorisante. Comme la perte du travail chez l'homme, cette impossibilité signe la fin symbolique de son rôle social.

Les hémodialyses à domicile constituent un progrès technique considérable et évitent aux patients les multiples retours en milieu hospitalier. Mais sur le plan psychologique, le traitement peut accentuer le caractère de passivité du patient par rapport à son épouse. A titre d'illustration, nous voudrions résumer brièvement une observation.

Monsieur M. âgé de 35 ans, consulte en mai 1989. Ses difficultés sexuelles ont commencé en 1986 parallèlement aux troubles somatiques. Il présentait une fatigue prononcée, était hypertendu et son taux d'urée était à 2,5 g. A partir de mars 1986, il a été en dialyse. La greffe rénale a été pratiquée en juillet 1987.

Marié depuis 7 ans, il n'avait pas de difficulté sexuelle antérieurement. Il avait alors une relation sexuelle par semaine. Les relations s'étaient espacées à peu près 6 mois avant le début des ennuis somatiques. Depuis le début de la dialyse il n'y avait plus aucune relation sexuelle. Le patient est revu 15 jours plus tard avec son épouse qui confirme le déroulement des faits. Les relations sexuelles se sont espacées et elle signale une impossibilité d'éjaculation.

Le patient a été traité par hémodialyse à domicile et continuait parallèlement son travail. Début 1989, il a présenté un état dépressif réactionnel à des problèmes professionnels qui l'angoissaient. Les initiatives récentes de sa femme, sur le plan sexuel, l'angoissaient également. Lui-même ne ressent pas le besoin de rapport sexuel. L'épouse analyse très finement la relation qui s'est établie avec son

mari. Elle dit ainsi "La maladie l'a rendu maternisé... On avait des rapports de fils à mère... Il avait besoin de moi pour vivre et il continue sur cette voie. Il n'a pas repris conscience que j'étais sa femme, qu'il était un homme... Il avait besoin de quelqu'un pour faire les dialyses, j'aurais pu le faire comme une mère. J'essayais de le décharger de tous les soucis, je prenais toutes les initiatives. Je ne pensais plus du tout à moi... Ça a été positif... Cela a permis de voir si on tenait l'un à l'autre, en dehors des bons moments". Elle précise "durant la maladie j'avais moins de désir... seule ce qui comptait, c'était la survie... que les dialyses se passent bien".

L'épouse désire intensément avoir un enfant, ce qui ajoute à sa frustration et augmente l'angoisse du mari, qui ne semble pas éprouver le même désir. Le mari retardait le moment de la reprise de la vie sexuelle après la greffe en Juillet 1987. Elle a patienté quelques mois. Elle a commencé à prendre des initiatives que son mari repoussait, puis elle l'a incité à consulter. Elle décrit son mari comme peu démonstratif et renfermé. "Il a des attitudes de crainte... J'ai le sentiment de remplacer sa mère autoritaire. Il adopte avec moi la même attitude qu'avec sa mère. Il a besoin que je décide, que je mène les choses... je ne voudrais pas remplacer sa mère pour les défauts, mais en même temps j'apprécie de dominer".

La transplantation rénale est vécue souvent de façon très différente par le patient et par sa partenaire. Le patient peut l'incriminer dans la perturbation de sa sexualité, alors que son épouse fait plutôt remonter le problème à l'époque des dialyses.

Ce fait est peut-être à mettre en rapport avec l'espoir projeté sur la transplantation vécue comme devant régler magiquement la totalité des problèmes. Nous voudrions illustrer ce fait par une autre observation clinique.

Monsieur A., 35 ans, consulte seul en Juillet 1989. Il a présenté une pyélonéphrite à 7 ans, puis il a eu une crise d'urémie. A été 2 ans en dialyse, un an en établissement hospitalier et un an à domicile. Il a subi une transplantation rénale il y a 5 ans.

Il a présenté, il y a 2 ans, un épisode d'hypertension artérielle et une monoplégie gauche qui s'est arrangée au bout de 10 jours. En Janvier 1989 s'est déclarée une tuberculose pulmonaire du sommet gauche.

Avant la transplantation, il avait, selon lui, 2 ou 3 relations sexuelles par semaine et parfois même plus, quasiment tous les jours. A la suite de la transplantation en 1984, il avait des désirs mais ses érections plus faibles rendaient la pénétration difficile. Les relations sexuelles étaient plus espacées. "Parfois, c'était bien" disait-il. "J'appréhendais cependant d'avoir des rapports... J'essayais tous les jours, pour voir". Début 1989, il a présenté un épisode d'impuissance.

On a noté lors de la consultation, la disparition des érections matinales et nocturnes, et la conservation des désirs sexuels.

Sa femme ne lui faisait aucun reproche : "Elle ne me dit jamais rien, précise-t-il, mais j'ai peur qu'elle s'éloigne".

L'épouse aboutit à l'orgasme par des caresses, mais le patient est culpabilisé par le caractère incomplet de leurs relations.

Nous demandons un bilan complémentaire, en particulier un doppler. Le tout s'avère parfaitement normal. Nous revoyons le patient avec son épouse, quelques semaines plus tard, en septembre 1989.

La version de la conjointe semble très différente. Pour elle, les difficultés sexuelles remontent à l'hémodialyse et non à la transplantation.

Par ailleurs elle met à jour des difficultés conflictuelles qu'il n'avait pas évoquées. En particulier, un problème de jalousie.

L'épouse reprochant à son mari d'avoir très régulièrement accompagné une jeune femme à l'usine avant sa maladie. Cette jalousie est, d'ailleurs, partagée par le patient.

Les entretiens de couple que nous proposons sont refusés et il semble très difficile, dans cette observation, de démêler ce qui revient à la pathologie organique et à la perturbation entraînée par un conflit conjugal pré-existant.

Traitement des troubles sexuels chez les insuffisants rénaux. Le traitement sexologique n'intervient que lorsque les problèmes vitaux ont été résolus.

Nous avons vu précédemment que les troubles essentiels de ces patients au point de vue psychologique sont :

- l'angoisse,
- la dévalorisation narcissique et l'atteinte de l'image corporelle,
- la baisse de la libido,
- la modification de la dynamique du couple : le patient prenant un rôle passif, la partenaire se voit investie d'un rôle parental. La relation parent-enfant ainsi créée va faire ressurgir des fantasmes œdipiens interditeurs. La dépendance devient plus intense et le lien érotique en est d'autant plus affaibli.

Ce qui nous paraît donc essentiel chez ces couples, c'est l'intensité de leur relation de dépendance réciproque au détriment de l'érotisme et de la libido. Ces différentes modifications psychologiques vont se concrétiser sous formes de symptômes sexologiques : baisse de la libido, frigidité, impuissance, éjaculation précoce. Avant d'aborder le plan sexologique, un certain nombre d'interventions psychothérapeutiques et corporelles seront nécessaires. A noter que ce sont essentiellement les hommes insuffisants rénaux qui viennent consulter en sexologie.

Les femmes semblent souffrir surtout de frigidité et de baisse de libido. L'accentuation de la passivité va dans le sens traditionnel du rôle féminin. Elles acceptent les relations sexuelles pour conserver leur couple et satisfaire leur partenaire, qui de ce fait ne cherchera généralement pas à les faire consulter.

Le problème est tout différent chez l'homme. Après avoir accepté le rôle maternel et dominateur durant la phase intensive du traitement, l'épouse, comme nous l'avons vu, cherchera ensuite à rétablir une relation normale au niveau du couple, ne supportant plus par exemple de prendre la totalité des initiatives. Elle cherchera également à susciter des relations sexuelles qui s'étaient espacées ou avaient même complètement disparu.

1 - Interventions préliminaires visant à diminuer l'angoisse : Elle pourrait théoriquement être traitée par des tranquillisants qui sont, d'ailleurs, le plus souvent prescrits par les praticiens. Cependant, d'un point de vue sexologique, cette prescription va à l'encontre du but recherché, puisque l'emploi des tranquillisants ne fera

qu'accentuer la baisse de la libido. En dehors des périodes de recrudescence éventuelle de l'angoisse où l'aide pharmacologique peut toujours être nécessaire, il faudra donc préférer des traitements psycho-thérapeutiques, essentiellement psychothérapie de soutien.

Monsieur T, âgé de 48 ans, est suivi depuis 1970 au point de vue rénal. Mais il avait présenté une néphrite chronique à 16 ans. Il a eu une transplantation rénale en 1976, alors qu'il avait 34 ans, après avoir été dialysé pendant quelques mois. Il y a eu plusieurs rejets.

Il est marié depuis 23 ans. Le couple a adopté 2 enfants jumeaux, après la transplantation. Il n'y a plus aucune relation sexuelle dans le couple, depuis 2 ans avant la transplantation, à cause du désintérêt de l'épouse pour la sexualité et d'une lassitude progressive. Il a des érections matinales très fortes qu'il vit comme gênantes. Il a, depuis peu, une amie, beaucoup plus jeune avec laquelle il se montre impuissant.

Ce sont des entretiens psychothérapeutiques qui s'avèreront nécessaires dans ce cas.

2 - Agir sur la dévalorisation narcissique et l'atteinte de l'image corporelle : Là aussi, les techniques psychothérapeutiques auront un rôle favorable. On y adjoindra également des techniques corporelles en premier lieu, les méthodes de relaxation. Nous préconisons le Training Autogène de Schultz pour plusieurs raisons :

- la brièveté du traitement qui se déroule en une quinzaine de séances,
- des exercices très précis sont indiqués, ce qui est particulièrement rassurant,
- le patient doit faire très régulièrement ces exercices chaque jour, ce qui l'entraîne à retrouver un rôle plus actif,
- la relaxation entraîne :
 - une revalorisation corporelle
 - une détente musculaire progressive
 - un réinvestissement libidinal du corps qui est de nouveau vécu comme lieu de plaisir.

La relaxation peut être également conseillée chez des patients anxieux qui se plaignent d'éjaculation précoce.

En fin de cure, il est indiqué des exercices d'auto-compression qui donnent de bons résultats, si une détente suffisante a été apportée par la relaxation. Il est possible également d'indiquer à ce moment la technique du Stop and Go, ce qui donne d'aussi bons résultats. Par exemple :

Monsieur M, âgé de 27 ans, consulte parce qu'il ne peut pas répéter les rapports sexuels, alors qu'il n'a pas de problème lors du premier rapport. Il a été suivi 3 ans en dialyse et a subi, en avril 1986, une transplantation rénale. Il a actuellement 2 rapports par mois. Il est célibataire et change de partenaire à chaque relation. Le fait de ne pas pouvoir répéter les rapports sexuels est donc pour lui une grosse frustration, d'autant plus qu'il éjacule très rapidement. Il compensait cela antérieurement, par la répétition des rapports sexuels.

Le traitement conseillé a été une relaxation.

On pourra, dans le même but de réinvestissement narcissique du corps, prescrire des massages

généraux manuels qui n'ont pas le même avantage au niveau de l'autonomisation mais peuvent être une première étape chez des sujets qui ne peuvent pas encore se concentrer et fantasmer à partir de leur corps. C'est essentiellement des traitements individuels qui seront pratiqués. Les groupes de massage ou de relaxation pratiqués par certains en sexologie pourront éventuellement intervenir dans un second temps.

3 - La baisse de la libido : Elle peut traduire un état subdépressif qu'il faudra traiter par des entretiens psychothérapeutiques associés à des thymo-analeptiques prescrits à faibles doses. On pourra utiliser les stimulants classiques à base de vitaminothérapie, d'arginine, d'hormonothérapie. Toute prescription médicamenteuse devant se faire en accord avec le néphrologue. Les anabolisants et les androgènes peuvent contribuer à recréer un climat euphorisant et faire renaître le désir.

4 - Les modifications au niveau de la dynamique du couple : Elles ne peuvent en fait être abordées avec efficacité qu'au niveau d'un traitement du couple, base essentielle des traitements sexologiques. Nous rappellerons que dans cette forme de traitement, ce n'est pas l'un ou l'autre des partenaires qui fait l'objet des préoccupations thérapeutiques : c'est le couple en tant que tel qui est pris en charge.

Dans les co-thérapies, telles que nous les pratiquons de façon plus privilégiée, c'est un couple mixte de thérapeutes qui prend en charge le couple de patients. Ceci a l'avantage d'éviter les projections fantasmatiques imaginaires, par exemple les fantasmes persécutatoires ou érotiques centrés sur le thérapeute unique. Ce qui est essentiel, c'est de rétablir la relation libinale et érotique, entre les deux partenaires. Un transfert trop important sur le thérapeute ne pourrait que nuire à la dynamique du traitement. Si une relation privilégiée tend à s'instaurer entre un des patients et un des thérapeutes, celui-ci se met provisoirement en retrait au cours des entretiens, le deuxième thérapeute prenant alors un rôle plus actif.

On distingue dans ces co-thérapies de couples deux phases nettement différenciées :

- une phase d'entretiens préliminaires au cours desquels chacun des membres du couple est vu successivement par chacun des thérapeutes. Cette façon de procéder empêche également l'établissement d'une relation transférentielle sur l'un des thérapeutes et permet de recueillir des renseignements sur la biographie de chacun des partenaires, sa vie sexuelle et les différents incidents qui ont pu l'émailler depuis l'enfance, sur l'évolution affective et sexuelle du couple, sur d'éventuels événements tenus secrets par l'un des patients (relations extra-conjugales, expériences homosexuelles, etc...). Le secret demandé par ce

patient sera bien entendu rigoureusement respecté.

- la seconde partie du traitement va réunir les deux patients et les deux thérapeutes. Après avoir tenté de reconstituer la genèse des difficultés relationnelles et sexuelles, on propose aux patients d'effectuer, dans leur intimité, des exercices d'approche corporelle. Chacun des partenaires doit adopter au cours d'une rencontre le rôle passif ou le rôle actif. Celui qui est passif guide le partenaire actif au niveau des caresses et doit préciser la façon dont elles seront effectuées. Au cours de la séance suivante, c'est le partenaire actif qui prendra le rôle passif.

On voit d'emblée l'intérêt de cette méthode dans le réapprentissage de l'activité chez les patients qui s'étaient réfugiés dans une attitude trop passive.

D'autres patients, habitués à une fuite dans l'activité pour compenser l'angoisse de la maladie et de la mort bénéficieront de l'apprentissage de la passivité.

Il serait bien entendu fastidieux de décrire en détail les diverses séances d'une co-thérapie de couple. Dans la technique que nous utilisons, les difficultés à effectuer les exercices corporels sont interprétées en fonction des problèmes relationnels existant à l'intérieur du couple, et non en fonction de la problématique propre de chacun des partenaires.

Si besoin, on propose des entretiens psychothérapeutiques individuels à l'un des partenaires, si à certains moments de la cure des blocages trop importants empêchent le couple de progresser. A noter que c'est souvent le partenaire n'ayant pas de difficultés somatiques qui bénéficie de ces entretiens. Dans ces cas exceptionnels, le transfert sur l'un des thérapeutes ne peut être évité.

Nous voudrions en donner un exemple clinique :

Monsieur et Madame D. consultent pour impuissance.

- la maladie somatique accentue les troubles sexuels antérieurs :

- faiblesse de la libido
- espacement des relations
- éjaculation précoce

- la maladie instaure entre les partenaires une relation de dépendance réciproque type parent-enfant, empêchant le couple de se dissocier.

- l'accentuation des difficultés sexuelles entraîne des perturbations relationnelles au niveau du couple et l'établissement d'une liaison extra-conjugale du partenaire.

- la thérapie de couple permet de modifier la dynamique en jouant sur :

- l'alternance des rôles activité-passivité
- la reprise du dialogue.

- un soutien psychothérapeutique du partenaire s'avère nécessaire. Les remaniements apportés par la cure étant très angoissants pour elle, puisqu'il s'agit de la remise en cause des liens extra-conjugaux. L'épouse exprimant ainsi l'évolution de ses sentiments à l'égard de son mari : "J'ai beaucoup d'affection pour lui, il y a tant de choses qui nous unissent - mais je ne le désire plus - je n'ai pas envie de le toucher - je ne désire plus mon mari - je trouve que je suis

complètement déséquilibrée - je n'ai de goût à rien - je me trouve faible, indécise - ça ne va pas quoi..." Elle ne prendra que progressivement conscience du fait que le partenaire de la relation extra-conjugale n'est pas prêt à quitter son foyer pour elle. Elle réinvestira, à ce moment, sa relation conjugale et son traitement.

CONCLUSION

- Les problèmes des insuffisants rénaux nous paraissent exemplaires du thème "rapports de la sexologie et de la pathologie somatique".

- Un travail pluridisciplinaire paraît nécessaire entre le somaticien, le psychologue et le sexologue, afin d'apporter en plus de la survie (qui est bien entendu le point essentiel), la qualité de la survie, qui est la revendication actuelle des patients.

- N'oublions pas que si cette revendication peut se formuler, c'est grâce aux progrès remarquables effectués ces dernières années par la néphrologie.

- Le professeur Crosnier rappelait dans une communication à l'Académie de Médecine que jusqu'en 1959 des milliers de malades mouraient chaque année d'insuffisance rénale. Vingt ans plus tard on comptait 100.000 patients qui dans le monde vivaient grâce au rein artificiel, alors que plus de 30.000 greffes avaient été effectuées.

C'est dire l'intérêt des préoccupations concernant la sexualité de ces patients dont le nombre croît régulièrement chaque année.

REFERENCES

- 1 - Gellman R., Gellman-Barroux C. Structure de personnalité et thérapeutiques sexologiques. Cahiers de Sexologie Clinique, 1977, 4:385-392.
- 2 - Gellman-Barroux C. Schéma corporel, relation et troubles sexuels. In Actualités Sexologiques, 1ère série, R. Gellman et C. Gellman ed, Masson - Paris 1979 : 95 - 100.
- 3 - Gellman R., Gellman C. Indication et contre indication des cothérapies de couple In Actualités Sexologiques, 1ère série, R. Gellman et C. Gellman ed., Masson, Paris, 1979:109-115.

RESUME : Les problèmes des insuffisants rénaux nous paraissent exemplaires du thème "rapport de la sexologie et de la pathologie somatique". Un travail pluridisciplinaire paraît nécessaire entre le somaticien, le psychologue et le sexologue, afin d'apporter, en plus de la survie (qui est bien entendu le point essentiel), la qualité de la survie qui est la revendication actuelle des patients. Le nombre croissant des insuffisants rénaux survivant aujourd'hui grâce à l'hémodialyse et la greffe explique l'intérêt croissant pour la sexualité de ces patients. **Mots clés :** insuffisance rénale, hémodialyse, transplantation, problèmes sexuels. **Andrologie, 1991, 1 : 74-76.**