

# Pour une approche psychosomatique de l'Andrologie

Sylvain MIMOUN

*"Centre d'Andrologie et de la Reproduction" Service d'Urologie de l'Hôpital Cochin (Pr B. Debré) 27 Rue du faubourg Saint Jacques 75014 Paris, France*

## RESUME

Par le biais de l'approche psychosomatique nous pouvons rencontrer en andrologie des patients qui se plaignent de n'importe quel trouble andrologique sans spécificité, bien que cette approche soit plus particulièrement utile quand les troubles ont tendance à devenir chroniques, ou quand ils sont associés à un vécu anxieux et/ou dépressif, à moins que celui-ci ne soit induit par eux.

Face aux symptômes fonctionnels cette approche a une spécificité particulière.

Les temps forts de la consultation d'andrologie psychosomatique sont décrits en insistant sur la particularité de l'interrogatoire "conversation", avec le repérage de l'histoire du malade, les faits marquants de sa vie, ses éléments psychologiques perturbants, l'appréciation de son comportement. La richesse de l'examen clinique et de son environnement de "paroles" et un certain nombre de moyens thérapeutiques sont brièvement décrits: le médicament, les méthodes corporelles, et les méthodes psychothérapiques (la psychothérapie de soutien, la psychothérapie comportementale, les psychothérapies de couple, les psychothérapies psychanalytiques et la psychanalyse ...)

Quand un ou des symptômes deviennent chroniques une vie émotionnelle

subjective se greffe autour du substratum anatomique, favorisant l'installation du vécu psycho-émotionnel. C'est ce dont nous cherchons à tenir compte par l'approche psychosomatique.

**Mots clés :** Psychosomatique, Troubles fonctionnels, andrologie, troubles sexuels, psychothérapie.

## POUR UNE APPROCHE PSYCHOSOMATIQUE DE L'ANDROLOGIE

L'andrologie ne peut exister qu'à travers la rencontre multidisciplinaire de divers spécialistes s'occupant de l'homme.

L'andrologue praticien se doit donc de mettre en pratique ces connaissances découvertes, synthétisées et souvent simplifiées par les fondamentalistes. Mais le patient lui ne se réduit pas à un dysfonctionnement anatomique, biochimique ou physiologique, il consulte en formulant une plainte. Et pour peu que cette plainte soit chronique, répétitive, associée à un vécu anxieux ou dépressif, une approche psychosomatique intégrée à cette pratique andrologique est souvent indispensable.

L'approche psychosomatique est à entendre comme une attitude, une écoute qui, avec l'examen clinique, peut aider le patient à devenir "sujet" de sa demande, c'est-à-dire pouvoir exprimer en son nom propre ses difficultés au lieu de parler de son corps et de sa maladie comme d'un "objet" extérieur. Par le biais de cette approche, nous pouvons

rencontrer en andrologie des patients qui se plaignent de n'importe quel trouble andrologique sans spécificité, bien que cette approche soit plus particulièrement utile quand les troubles ont tendance à devenir chroniques, ou quand ils sont associés à un vécu anxieux et/ou dépressif, à moins que celui-ci ne soit induit par eux.

Cette approche s'appuie sur la relation médecin-malade et est capable d'influer sur le cours de la maladie et sur son traitement.

Les malades qui viennent consulter un andrologue sont en général préoccupés par leur symptôme somatique et c'est par lui que, le plus souvent, la prise en charge doit débiter, mais il faut avoir conscience que parfois la demande réelle du malade ne coïncide pas nécessairement avec l'offre de son symptôme.

A côté de la pathologie organique, la pathologie émotionnelle a souvent des retentissement sur le corps masculin, que ce soit par le déclenchement de crises d'angoisse, de douleur, de troubles érectiles etc ... Ces troubles gagnent à être perçus comme des conflits qui touchent le patient ou qui ont un sens pour lui. Aussi, dans un but thérapeutique, il nous semble intéressant d'utiliser les thérapeutiques médicales spécifiques, tout en ne fermant pas la porte à ce qui cherche à s'exprimer émotionnellement.

### **LES PATIENTS "FONCTIONNELS"**

Tous les médecins connaissent l'importance numérique des patients fonctionnels dans les clientèles tant hospitalières que privées. La clinique andrologique est pleine de ces troubles, que ce soit les prostadynies, urétrécystalgies, dysfonctions sexuelles etc ... Ces patients sont ballotés entre divers médecins somaticiens qui vont chercher de manière incessante à circonscrire la maladie.

Pour peu que l'on ne trouve "rien", ils sont alors rejetés ou adressés sans aucune préparation au psychiatre [5]. Celui-ci reçoit un patient qui ne demande rien, à part la dis-

parition de ses symptômes (tout au moins dans ce qu'il dit) et de son côté, le psychiatre n'est pas toujours préparé à recevoir ce type de patient.

L'objectif de l'andrologue formé à l'approche psychosomatique est d'essayer autant que faire se peut, d'appréhender le symptôme par plusieurs fronts.

Par exemple comme la chimiothérapie est un "outil" souvent utilisé par le médecin. C'est même ce qui fait sa spécificité. Or dans l'approche psychosomatique, les interactions entre chimiothérapie et psychothérapie sont privilégiées. La réactivité personnelle du malade, la relation qui le lie à son médecin, la personnalité du médecin, tous ces facteurs sont pris en compte dans l'effet de la chimiothérapie prescrite.

L'approche psychosomatique répétons-le, suppose un diagnostic médical, l'abord global de la personne devient une "ouverture", à utiliser à côté (et non à la place) du diagnostic médical.

### **LA CONSULTATION D'ANDROLOGIE PSYCHOSOMATIQUE**

Parmi les patients qui se plaignent d'un trouble somatique chronique, rare est celui qui accepte d'emblée une participation psychogène associée. Aussi l'adhésion à la double prise en charge des versants somatiques et psychologiques est difficile à "amener".

Si en plus on trouve un support organique à ce trouble, en cas de prostatite par exemple, le côté psychogène est d'autant plus ignoré. D'ailleurs cela conforte malade et médecin, tout au moins au début. Cette plainte ainsi médicalisée étant de fait reconnue [6].

Mais ce faisant, le médecin se situe dans le domaine du rationnel et s'adresse au corps du malade, ou plutôt à la partie de son corps qui souffre. Il s'appuie sur sa technique et son savoir pour guérir l'organe malade. Tous les facteurs relationnels qui sont autour, comme tous les facteurs subjek-

tifs sont éliminés. Pourtant de nombreux auteurs [1, 3-4, 6, 11] ont trouvé une majoration de l'anxiété chez les hommes consultant pour des symptômes perçus physiquement comme dans les prostadynies par exemple. Nous même avons constaté un état anxio-dépressif chez les patients se plaignant de douleurs génitales [9].

N'oublions pas que la plainte qui touche la zone génito-urinaire est toujours fortement investie chez l'homme.

Pour ce type de patients, quelques éléments sont à souligner : il est important de reconnaître la part organique de leur trouble, en amorçant la consultation par un abord médical du symptôme.

### **1. L'interrogatoire**

Tout en notant les antécédents, l'histoire de la maladie, les traitements reçus, on tente de dévier vers le vécu de toute cette "histoire". En sachant qu'écouter, être disponible, laisser le malade s'écarter de l'interrogatoire classique n'est pas une technique facile, mais très riche. Il faut permettre au patient de faire des commentaires spontanés où l'émotion n'est pas gommée. Le symptôme tient lieu de conversation, des explications dédramatisantes, des schémas, soutiennent notre discours.

### **2. L'examen clinique**

L'examen somatique est là pour faire le diagnostic certes, mais l'examen clinique de l'homme est aussi essentiel pour l'aspect psycho-émotionnel qu'il représente. En cas de bilan d'infertilité par exemple, l'examen clinique est important non seulement pour la recherche d'anomalies masculines: atrophie testiculaire, varicocèle etc ... mais aussi et surtout même, pour rassurer cet homme sur sa normalité génitale. Il ne viendrait à l'idée d'aucun gynécologue de prescrire une hystérographie ou des dosages hormonaux à une femme avant même de l'avoir examinée, c'est pourtant ce qui est fait quand on prescrit un spermogramme d'emblée avant tout examen ; ou à

fortiori en le donnant à la femme sans voir le mari.

L'examen clinique est à la base du contact avec le patient. N'oublions pas aussi de commenter cet examen. L'homme est toujours rassuré quand, à la fin de la consultation, on peut lui dire que cliniquement tout est normal. C'est son appareil génital, donc sexuel, qui est qualifié de normal. Et cela est rassurant pour lui, même si l'infertilité n'est pas résolue. Toujours dans ce contexte, les mots que l'on emploie ici pèsent aussi de tout leur poids. Des mots comme "sperme paresseux, plutôt faible, glaires hostiles ..." peuvent renforcer la vision d'une image du corps considéré comme mauvais. De quel plaisir pourrait être capable ce corps dévalorisé ?

CZYBA [2] souligne d'ailleurs que le discours médical qui vise à l'efficacité et ne considère le rapport sexuel que dans son adéquation à la reproduction, impose une norme qui ne tient pas compte ni du désir ni du plaisir.

Précisons par ailleurs que l'examen clinique et son "environnement de paroles" tente aussi de supprimer, autant que possible le clivage entre le corps et l'esprit [8]. Il peut permettre par exemple de compléter les données psychologiques en fonction de l'attitude du patient. Cette approche permet en fait souvent une meilleure prise de contact lors des premières consultations et le transfert, ou plutôt la relation de confiance, peut s'installer. C'est de celle-ci que dépendra la prise en charge thérapeutique.

### **3. La prise en charge thérapeutique**

De sa place même l'andrologue psychosomatique peut utiliser un certain nombre de moyens thérapeutiques spécifiques parallèlement à l'utilisation des richesses de la rencontre médecin-patient que nous avons soulignées.

Certains de ces moyens sont prodigués par l'andrologue lui-même, d'autres, par des collaborateurs.

Voyons très brièvement ces moyens :

### **a) le médicament**

Dans l'approche psychosomatique en andrologie, tous les médicaments utilisés habituellement par l'andrologue sont très utiles, qu'il s'agisse des thérapeutiques anti-inflammatoire, antibiotique, antalgique, hormonales etc ... Mais, à côté de ces médications, les psychotropes ont aussi un certain intérêt [9]. C'est pourquoi l'apprentissage de leur maniement doit faire partie, selon nous, de la formations des andrologues psychosomaticiens.

L'utilisation de ces médicaments est en général ponctuelle. Ils ne touchent pas à la cause du symptôme, mais ils peuvent aider à sortir d'une situation bloquée. On s'en sert pour amorcer un mieux-être et rompre le carcan qui est souvent installé autour d'une plainte chronique quitte à passer à un autre moyen thérapeutique par la suite. En fait, quel que soit le type de médicament utilisé, nous essayons dans l'approche psychosomatique d'optimiser l'impact thérapeutique du produit prescrit. Nous savons que l'ordonnance est un véritable objet "porte-parole" entre le médecin et son patient. Elle peut servir de support à la psychothérapie.

La prescription médicamenteuse elle-même est un moment particulier [10]. Elle doit tenir compte des effets du produit prescrit, de ce que l'on espère de l'effet placebo, mais aussi des modestes changements que l'on observe et que nous notons. En effet, le patient revient souvent à la deuxième ou troisième consultation en disant : "c'est toujours la même chose, votre traitement n'a pas marché". En demandant des précisions, en refaisant en quelque sorte l'interrogatoire, nous apprenons que la douleur par exemple, qui était permanente, a cessé pendant une heure, deux heures ou plus, ou bien que les rapports sexuels qui n'avaient plus lieu ont repris une ou deux fois. Ces constatations sont non seulement notées, mais aussi utilisées pour rassurer, dynamiser, ces hommes enfermés dans le cercle vicieux de l'anxiété, de la frustration et de

la douleur. Ils prennent ainsi conscience que même si globalement ils ont l'impression que rien n'a changé, des petites choses se modifient, leur appréciation et par contre coup leur comportement, changent alors. Ils se rendent compte ainsi, in vivo, que ce n'est pas notre traitement qui est efficace ou inefficace, mais bien leur prise en charge, par nous certes, mais aussi et surtout par eux-mêmes, qu'il importe de modifier.

Cette attitude a aussi pour le médecin l'énorme avantage de naviguer côte à côte avec le malade. La lutte entre ce dernier qui veut prouver qu'il n'a qu'un mal organique, et le médecin qui veut lui signifier que ce mal n'est que psychologique, n'a pas lieu. La découverte soutenue par le médecin des modifications du symptôme, enlève à celui-ci son caractère insurmontable.

Les explications du médecin aident à la suppression du mystère et de ce fait hâtent à la guérison.

### **b) Les méthodes corporelles**

De nombreuses méthodes psychocorporelles qui cherchent à induire des modifications de l'état psychologique sans chercher pour autant le pourquoi de cet état psychologique sont utilisées en andrologie psychosomatique.

Ces méthodes qui s'appuient sur le corps sont innombrables, elles vont de la relaxation à la rééducation périnéale.

Ces moyens psychocorporels sont en général très soutenant et dynamisant, même si leur objectif est limité.

### **c) les méthodes psychothérapeutiques**

Le mot psychothérapie veut dire mouvement psychique visant à ce que le patient se sente mieux "dans sa tête", donc mieux dans son corps.

On a dénombré plus de 400 types de psychothérapies. Certaines de ces psychothérapies peuvent être utilisées par l'andrologue psychosomaticien, d'autres, par des psychothé-

rapeutes qui travaillent en collaboration avec l'andrologue.

Très schématiquement, on peut dire qu'il y a des psychothérapies "enveloppantes" qui cherchent à donner un rapide mieux-être au patient mais dont l'effet est de relativement courte durée, et d'autres qui sont "investigantes" ; elles font référence à l'inconscient et recherchent le "pourquoi" du mal-être afin de "vider l'abcès".

◆ *la psychothérapie de soutien*, c'est l'aide que tout médecin disponible et chaleureux peut apporter à son patient, en l'écoutant et en le conseillant, c'est-à-dire en l'accompagnant pour traverser les difficultés du moment. Bien sûr, plus le médecin sera formé sur le plan psychologique et plus il sera à même de ne pas "projeter" son propre mode de pensée et d'avoir une action un peu plus en "profondeur".

◆ *la psychothérapie comportementale*

Les thérapies comportementales cherchent à modifier un comportement pathologique, ou inadéquat, source de divers troubles symptomatiques gênant le patient. Il s'agit de techniques psychothérapeutiques qui reposent sur les lois de l'apprentissage. Ces techniques peuvent s'enseigner relativement facilement. Elles utilisent un mode de pensée rationnel, scientifique, ce qui séduit plus facilement les médecins habitués par leur formation à ce type de raisonnement. D'autant que ces techniques sont assez efficaces sur la disparition des symptômes présentés par les patients.

La première particularité de ce type d'approche c'est que patient et thérapeute fixent ensemble le(s) but(s) à atteindre avec l'établissement d'un "contrat" thérapeutique à durée limitée (trois mois à un an en moyenne). L'autre particularité c'est l'apprentissage par le thérapeute de techniques thérapeutiques pratiques.

Ces thérapies cherchent à "enseigner" aux patients des moyens pour modifier un comportement pathologique ou inadéquat, source de divers symptômes. Par exemple, dans

l'éjaculation précoce.

Cette théorie ne croit pas aux causes inconscientes et ne s'intéresse qu'à ce qui se passe "ici et maintenant", pour modifier les comportements.

◆ *Les psychothérapies de couple*

Elles s'appuient souvent sur la théorie systémique qui se propose d'avoir une attitude très pratique et très concrète pour modifier les "systèmes" qui entourent l'individu malade. On appelle système le lien entre quelqu'un et son environnement (son conjoint, ses parents, ses enfants, sa patron, ses collègues ...). Ce type de psychothérapie est très utile pour résoudre les problèmes conjugaux et les difficultés sexuelles qui y sont rattachées. L'objectif est de donner des moyens clairs et précis pour améliorer la communication entre les êtres.

Ainsi, 4 types de démarches pratiques sont proposées par WATZLAWICK et coll. :

- définir clairement le problème en termes concrets,
- examiner les solutions déjà essayées (et qui n'ont pas marché)
- définir clairement le changement auquel on veut aboutir,
- formuler le projet pour effectuer ce changement.

Dans cette méthode, les symptômes ne sont pas considérés comme la manifestation superficielle d'un problème profond sous-jacent.

Le but évident de ce type de thérapie est de briser la boucle de rétro-action qui entretient le problème présenté par le patient ici et maintenant. L'objectif est bien sûr, la tentative de solution et la "tactique" choisie doit être "traduite" dans le langage propre du sujet.

Cette méthode peut s'enseigner (à la différence de la psychanalyse qui doit se vivre). Les solutions à trouver sont innombrables et un thérapeute doué d'imagination et familiarisé avec les raisonnements qui sous-

tendent ces solutions peut en trouver beaucoup. La difficulté de cette approche est qu'elle paraît trop concrète, voire trop "ras des paquerettes" parfois. Les inconvénients sont dûs au fait que cela ne touche pas la souffrance existentielle qui existe chez un nombre non négligeable de patients ayant des troubles fonctionnels ou psychosomatiques. Les avantages sont le côté pratique, efficace, concret, axé sur le réel. A travers la relation médecin-malade, ces avantages peuvent être utilisés efficacement.

#### ◆ *les psychothérapies psychanalytiques et la psychanalyse*

Ces deux types de psychothérapies font référence à la théorie freudienne et ont pour but de déceler ce qui, de l'inconscient, cherche à se dire.

Toutes les psychothérapies que nous avons décrites peuvent être effectuées par l'andrologue psychosomaticien s'il a été formé à ces méthodes, sauf les psychothérapies psychanalytiques qui nécessitent un cadre particulier et la prise en charge par un psychanalyste. Mais ces dernières psychothérapies ont souvent besoin d'être préparées. On passe rarement directement d'une plainte du corps à une psychanalyse. C'est le rôle de l'andrologue d'accompagner ces hommes et de les aider à amorcer la prise de conscience et le changement de cap thérapeutique.

Quand un ou des symptômes deviennent chroniques une vie émotionnelle subjective se greffe autour du substratum anatomique, favorisant l'installation du vécu psycho-émotionnel

Si nous n'en tenons pas compte, une grande part du blocage qui empêche la guérison est laissée indemne et majore donc la résistance thérapeutique. D'autant que la multiplication des examens para-cliniques demandés par les médecins consultés successivement, à la recherche de la preuve somatique, confirment le malade dans sa conviction de l'organicité de ses maux.

La négativité des résultats et l'inefficacité

des traitements proposés alors, ne font qu'augmenter l'inquiétude du patient.

## CONCLUSION

On l'a bien compris l'andrologue sensibilisé à l'approche psychosomatique reste à sa place de praticien andrologue, même si quelquefois étant dans un "entre-deux" qui intègre la perception psychologique et somatique, il est perçu comme ayant une fonction plutôt psychologisante.

Avec l'approche psychosomatique en andrologie il est possible d'appréhender le symptôme par plusieurs fronts. Les efforts psychothérapeutiques sont dirigés vers le conflit, ou sur l'émotion, alors que le trouble physique, ou la réaction neuro-végétative sont calmés, si cela est nécessaire, par les moyens médicamenteux utilisés en andrologie ou en médecine psychosomatique. Ce type d'approche aide le patient à dédramatiser la situation, à réduire ses angoisses et à se sentir moins débordé par la maladie. Et quand la souffrance redevient tolérable, le malade préfère parfois en rester là pour cicatriser plutôt que d'aller plus loin dans l'introspection. Nous jouons donc, dans ce cas, un rôle d'accompagnateur. D'autres fois, notre rôle se limite à aider le malade à changer le registre de sa plainte, et à accéder à une demande de psychothérapie qui se ferait ailleurs.

## REFERENCES

1. ARVIS G. : "Prostatodynies" in *Andrologie* - Maloine Ed. Paris 1989 pp 1127-1135.
2. CZYBA J.C., CHORIER H., CLEMENT J.L. : Nouvelles technologies de la médecine de la reproduction et sexualité. *Médecine et Hygiène*, 1985, 43, 1202.
3. GATENBECK L. et al. : Non bacterial prostatitis in rats subjected to long terms stress. In 4e Forum international d'andrologie, Paris, 1986.
4. HENRY J.C. : Traitement du syndrome pelvipérinéal douloureux. A propos de 150 observations. In 4e Forum international d'andrologie, Paris, 1986.
5. JALLADES S. : Le corps prodigieux, in *Rev de Med. Psychosom* 16 pp. 19-28, 1988.

6. LACHCAR P. : "L'homme infertile : un homme en souffrance" in Contr. Fert. Sexual. 1992 ,vol 20; n°7-8 ; p.735-736.
7. LEPINARD V. : Cystite interstitielle et cystopathies chroniques. In Khoury S., Urologie. Pathologie infectieuse et parasitaires. Masson ed., Paris 1985 (238-249).
8. MARTY P. : Des processus de somatisation. In Fain M. et Dejours C. Corps malade et corps érotique. In Masson ed., Paris, 1984 (101-115).
9. MIMOUN S. : "Prostadynie chronique et prise en charge psychosomatique" in Journal d'Urologie 1992, 98, n° 4 pp.199-202.
10. REYNAUD M, COUDERT AD. : "Essai sur l'art thérapeutique", Paris,Coll. Synapse, Frison-Roche, 1987.
11. THEODOROU Ch. et coll : Urodynamics in prostatic dysdynia. In 4e Forum international d'andrologie, Paris, 1986.

#### ABSTRACT

#### **Towards a psychosomatic approach of andrology**

***"Centre d'Andrologie et de la Reproduction" Service d'Urologie de l'Hôpital Cochin (Pr B. Debré) 27 Rue du faubourg Saint Jacques 75014 Paris, France***

**Through the opening offered by the psychosomatic approach, we encounter patients with all kinds of andrologic complaints, even quite unspecific ones. But we do know this mode of contact is particularly useful and fruitful when the troubles lean towards chronicity, or are linked to anxiety and/or depression, be that condition cause or consequence.**

**As far as functional symptoms are involved, there is a specific value to this approach.**

**The key-time of that consultation, i.e; psychosomatic andrology, will be described, with the particularity of a "conversation" instead of the mandatory anamnesis, meanwhile in his life, the possibly perturbing psychological events, as well as an attempt to evaluate the patient's behaviour.**

**The richness of the clinical examination within this doctor's induced environment of "words" coupled to some therapeutic means will be summarized :drugs, somatic and psychological methods (meaning all kind of psychotherapeutic techniques: support, behaviourist, couple, psychoanalytic or psychoanalysis...)**

**When symptom(s) tend towards chronicity, an emotional subjective life grafts itself on the anatomical substratum, thus creating the opening for psycho-emotional affects.**

**This is the core we try to attain and assess through the psychosomatic approach.**

**Key-Words :** Psychosomatic, andrology, sexual disturbances, functional disturbances, psychotherapy.