PLACE DES T C C ET DE LA KINESEXOLOGIE DANS L'IMPUISSANCE

APRES PROSTATECTOMIE RADICALE

Mots clés

Prostatectomie
Impuissance
Bulbo caverneux
Thérapie cognitivo comportementale
Kinésexologie

INTRODUCTION

Après prostatectomie ,(avec préservation des bandelettes vasculo nerveuses); d'après la communication du Dr E Amar 37 % des hommes ont des troubles d'érection.

Etude de 30 cas

Tous avaient été pris en charge pour une incontinence urinaire.
Certains ont perdu toute sensibilité génitale ('rétraction de la verge, ils urinent assis ;;)
D'autres présentent une sensibilité génitale, sans orgasme
Ou encore des orgasmes sans érection.
L'ensemble présente une baisse de désir , conséquence d'une absence de plaisir depuis l'intervention.
Certains viennent après avoir abandonné les Injections Intra Caverneuses (I I C).
L'anxiété est pratiquement présente dans tous les cas.
Dans l'ensemble de cette population l'activité sexuelle antérieure ne souffrait pas de trouble d'érection, sauf un patient qui présentait' une (S E P).

OBJECTIFS

Retrouver une vie sexuelle harmonieuse
1 l'orgasme
2 l'érection pour des R S

POPULATION ET METHODE

Il s'agit de 30 cas d'impuissance après prostatectomie, n'ayant pas de conflits conjugaux au départ

1er groupe : de 50 à 59 ans '(13 sujets)
- groupe A(7) avec absence de sensibilité
- groupe B(6) avec une sensibilité de 10 à 50 % sans orgasme

2éme groupe : de 60 à 70 ans ('17 sujets)
- groupe A ('7) avec absence de sensibilité
- groupe B (10) avec une sensibilité de 10 à 100%

I Les critères

1-La présence de sensibilité côtée de 0 à 100%
2-L' orgasme correspondant à 100% de sensibilité
3-La tumescence de 0 à 100%, l'érection à 100%
4-L' anxiété côtée de 0 à 8
5 la prise en charge précoce (3 à 6 mois) ou tardive(à partir de 12 mois)
6 L'Injection Intra Caverneuse (I I C'° utilisée ou non)
7 La partenaire (positive négative ou absente)

II Le protocole

Arrêt des R S

Une bonne hygiène de vie

Les thérapies

1 **Approche cognitive**
2 La relaxation
3 Approche comportementale avec la participation de la partenaire
4 La périnéologie en paralléle

La faiblesse périnéale entraîne une perte de sensibilité
Prise en charge éventuellement de la partenaire

III LES RESULTATS

1er GROUPE (13 sujets de 50 à 59 ans)

groupe A (7**)** **avec une absence de sensibilité**
6 ont retrouvé une érection, et1 échec
groupe B (6) **avec une sensibilité de 10 à 50 %**
5 ont retrouvé une érection ,et 1 échec

2éme GROUPE '(19 sujets de 60 à 70 ans)

groupe A '(6) **avec absence de sensibilité**
5 ont retrouvé une érection ,et 1 échec
groupe B (13)**avec une sensibilité de 10 à 100%**
10 ont retrouvé une érection, et 3 échecs

IV DISCUSSION

L'âge
La sensibilité
L'orgasme
L'érection
Les I I C
La prise en charge
La partenaire
Autres critères
Commentaires au sujet des échecs

V CONCLUSION

Les thérapies seront d'autant plus efficaces que le couple aura était informé des différentes méthodes pouvant être associées ;toutefois c'est en faisant appel à la T C C et à la Kinésexologie que le couple peut être abordé dans sa globalité ,accompagné et guidé au cours du traitement .
Redonner confiance en positivant la moindre amélioration est le meilleur garant de l'attente de l'érection.
L'anxiété doit être neutralisée quelque soit la méthode utilisée.
Cet échantillon est trop limité pour être validé, mais il permet d'observer les différents facteurs intriqués lors de la prise en charge de l'impuissance après prostatectomie radicale.

Bibliographie

J.Cottraux . Les thérapies comportementales et cognitives Masson 1999
Poudat J F Jarousse N. Traitement comportemental et cognitif des difficultés sexuelles. Masson
Mamberti Diaz. Réhabilitation fonctionnelle des troubles d'érection

ASSOCIATION DE LA KINE SEXOLOGIE ET DES THERAPIES COGNITIVES ET COMPORTEMENTALES

Présentation des T C C

Que sont les T C C

Ce sont des thérapies qui prennent en charge l'anxiété, générée par des situations difficiles

A quel moment ? Lors de difficultés à gérer des événement anciens ou récents (violence, chômage, accident, intervention, deuil, accouchement, naissance, ménopause, maladie, divorce, abus sexuel, apprentissage familial négatif, dévalorisation au niveau scolaire, attentat, cataclysme)

Comment ? En prenant en charge des dysfonctions engendrées par des excès d'anxiété ('phobie, phobie sociale, dépression, crise de panique, T O C ,stress, stress post traumatique, dysharmonies conjugales, troubles de la sphère pelvienne, colopathie, troubles addictifs : alcoolisme, boulimie, anorexie ;…)

PAR UN APPRENTISSAGE

Maîtriser son corps : Apprendre à respirer -à relâcher ses muscles -à ralentir ses pulsations cardiaques - à détendre son corps –le dominer

Maîtriser ses émotions : Par des expositions en imagination aux situations « douloureuses »

Par des expositions en réalité

Apprendre à faire face aux difficultés au lieu de les éviter et de les fuir

Apprendre à positiver les événements de la vie malgré l'aspect négatif :

C'est l'habituation aux émotions.

Résoudre ses problèmes

Prendre des décisions après avoir mis en évidence les avantages et les inconvénients.

Quel est l'objectif des T C C ?

Développer l'estime de soi en passant par

1- L'amour de soi : il explique que nous puissions résister à l'adversité et nous reconstruire après un échec (la Résilience)

2- la vision de soi : Positive- la vision de soi est une force intérieure qui nous permet d' attendre notre heure malgré l'adversité

3- la confiance en soi : être confiant c'est penser que l'on est capable d'agir de maniére adéquate dans les situations importantes

ETRE SOI----------S' AFFIRMER

Application en périnéologie

QU' EST CE QUE LA PERINEOLOGIE ?

C'est une approche globale de la sphère abdomino-pelvi périnéale

Des muscles du périnée et de l'abdomen

Des organes vésico sphinctériens et ano rectaux

Des organes génitaux

Le périnée est le chef d'orchestre des organes qui l'entourent

Par la volonté, en utilisant le biofeedback le sujet pourra agir sur leur fonctionnement (apprentissage pour une prise de conscience périnéale)

=c'est le rôle de la rééducation-abdomino-périnéo-sphinctérienne

Par contre cette zone est le siége de projection somatique à la suite d'événements négatifs anciens ou récents engendrant une hyper anxiété

L'anxiété va entrainer une activité du sympathique avec des dysfonctions au niveau de la sphére pelvienne telles que :

Des troubles urinaires : rétention urinaire, impériosité, dysurie, pollakiurie,

énurésie

Des troubles sexuels : vaginisme, dyspareunie, vulvodynie, algies pelviennes, absence de désir,, des dysérections , éjaculation précoce, anajéculation

Des troubles ano rectaux :'encoprésie, constipation terminale, spasmes rectaux,colites spasmodiques

La périnéologie seule, n'est pas suffisante pour faire face à ces troubles

C'est le rôle des T C C

POURQUOI LES T C C EN PERINEOLOGIE ?

Pour neutraliser l'anxiété

Les T C C prennent en charge ces dysfonctions en traitant. :

- les émotions ,par un apprentissage (habituation aux émotions)
- les cognitions négatives (pensées négatives) à l'aide des colonnes de BECK

Une fois l'anxiété levée, la périnéologie sera plus efficace

CES THERAPIES SE COMPLETENT PARFAITEMENT BIEN ET ABORDENT LE SUJET DANS SA GLOBALITE

A/ Introduction Aux TCC : Historique

Hippocrate (-460 av JJ) a utilisé les méthodes d'exposition pour traiter les phobies.

1- Les conceptions anciennes

Aristote avait déjà énoncé trois principes de l'association des idées : la contiguïté, la ressemblance et le contraste.

Le béhaviorisme a repris la notion d'association, en liaison ou en connexion, établie en principe par apprentissage entre deux éléments observables : un stimulus et une réponse.

2- Les nouvelles conceptions

Le béhaviorisme est un mot importé de l'anglais qui désigne les recherches théoriques et philosophiques sur le comportement humain à partir de théories de l'apprentissage.

Le premier béhavioriste est Pavlov avec «le conditionnement classique» (1903) qui traite de l'apprentissage par substitution de stimuli, et fait appel au système nerveux végétatif ainsi qu'aux muscles lisses. D'après Pavlov, c'est l'environnement qui façonne l'individu.

Watson (psychologue américain) sera en 1913 le principal théoricien du béhaviorisme. IL attachera une grande importance aux travaux de Pavlov.

En 1937, Skinner (psychologue américain) a fondé une classe particulière d'apprentissage qu'il appelle *conditionnement opérant,* apprentissage par les conséquences de l'action sur l'environnement, et qui concerne le système nerveux volontaire avec les muscles striés (application : le biofeed back).

D'après Skinner ce sont les conséquences de ses actes qui façonne l'individu. Bandura en 1969 mettra en évidence l'apprentissage social par imitation de modèle.

Les théories cognitives se sont développées à partir des travaux de Beck (psychanalyste américain) en 1959.

La psychologie cognitive a trait aux processus de pensées. On entend par cognition l'acquisition des savoirs sur le monde : la perception, l'attention, la mémoire, et tous les phénomènes qui participent de leur acquis.

Actuellement, J. Cottraux (psychiatre au CHU à Lyon) dirige l'unité de traitement de l'anxiété de l'hôpital neurologique Claude Bernard. Il est l'auteur de plusieurs livres en thérapie cognitivo-comportementale, dont le dernier paru a pour titre : Cottraux, J. (2001). La répétition des scénarios de vie. Paris : Editions Odile Jacob.

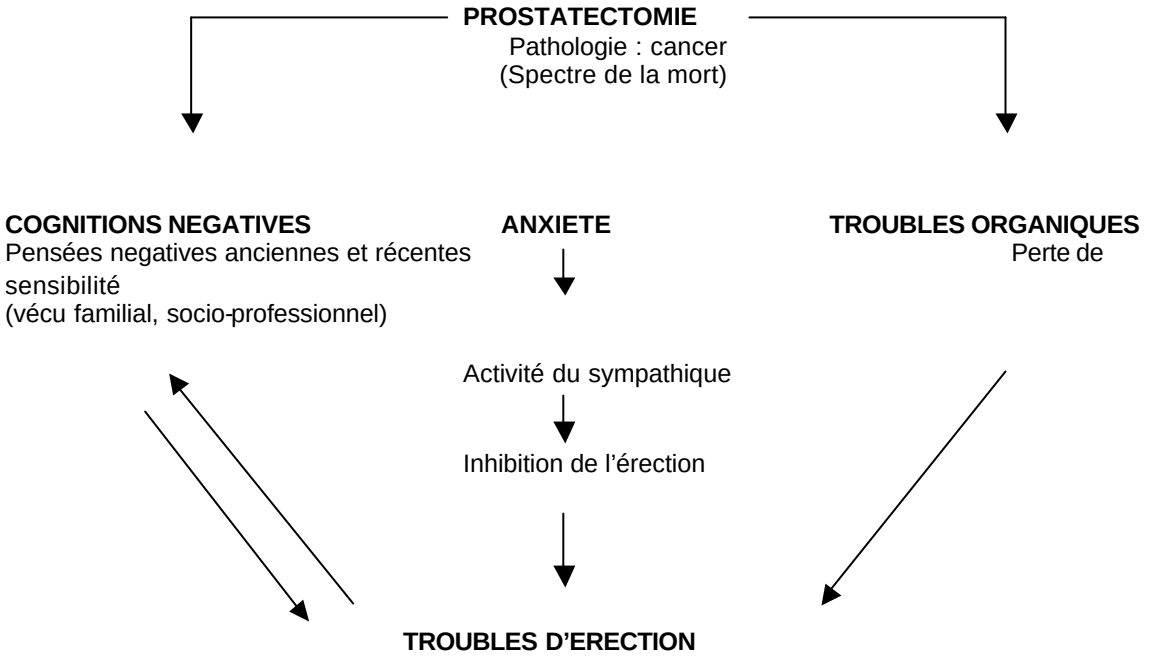
B/ Définition des TCC

Le fonctionnement est le suivant :

STIMULI	→	**COGNITION**	→	**RÉPONSE**
(événements)		(ce que la personne se dit)		(comportement)

1- **Les conséquences organiques**

Mécanisme des troubles d'érection après prostatectomie



Dysfonctionnements sexuels et psychologiques après prostatectomie

La prostatectomie est le stimulus, événement négatif engendré :

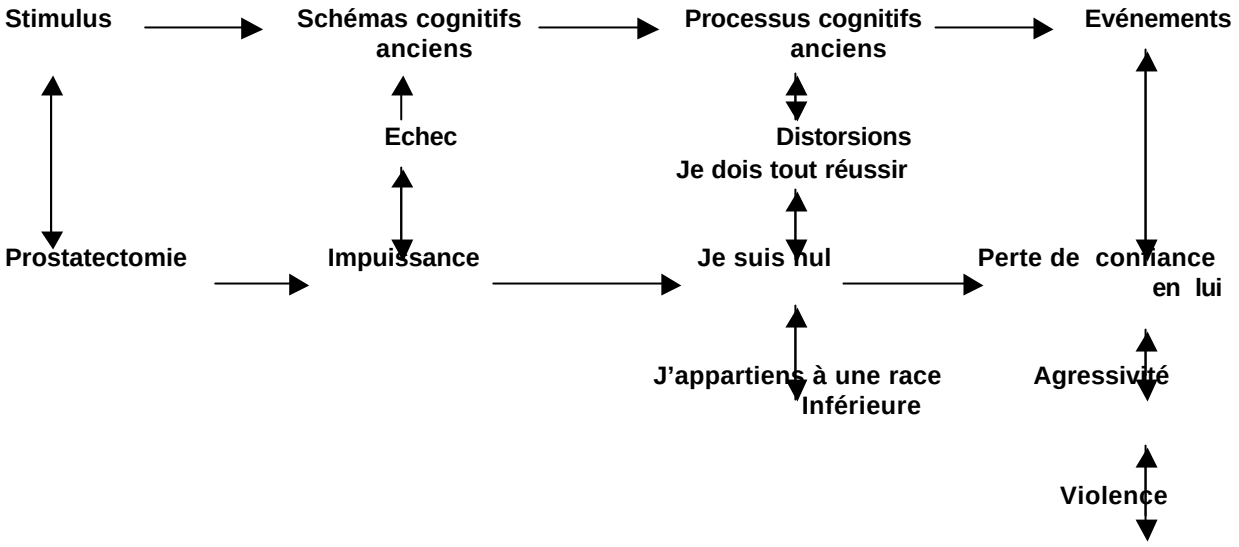
-par le cancer de la prostate spectre de la mort pour certains avec une augmentation de l'anxiété

-L'atteinte organique (rupture vasculo-nerveuse) entretient l'anxiété déjà présente par une absence d'érection

-Ce stimulus ravive des schémas cognitifs anciens stockés dans la mémoire à long terme (en particulier l'anxiété de performance) et augmente l'anxiété

-Celle-ci renforcée par tout ces facteurs va stimuler le sympathique et consolider les troubles d'érection

2- Les conséquences psychologiques



La prostatectomie engendre une impuissance (sentiment d'échec)qui va renforcer les schémas cognitifs anciens déjà existants et par des processus cognitifs (raisonnement dichotomique) entrainer des distorsions »je suis nul » »j'appartiens à une race inférieure » pour aboutir à une perte de confiance en soi et parfois une agressivité ou une dépression suivant la personnalité

II La périnéologie

Organes génitaux masculins

Rappels anatomiques (figure 1_5)

Le pénis est constitué de 2 corps caverneux et du corps spongieux entourant l'urètre

Le corps caverneux peut être comparé à un cylindre contenant le tissu érectile entouré d'une enveloppe fibreuse :l'albuginée

Les corps caverneux sont accolés l'un à l'autre en canon de fusil. Le tissu caverneux se présente donc comme une volumineuse anastomose artério - veineuse. Les 2 corps caverneux communiquent entre eux à travers la cloison pectiniforme

Le corps spongieux est également entouré d'une enveloppe .Le tissu érectile du corps spongieux contient moins d'éléments musculaires lisses. Durant l'érection le corps spongieux est tumescent(et non rigide) et ne comprime pas l'urètre

Innervation

L'innervation périphérique de l'appareil génital est triple

L'innervation sympathique provient de la chaine sympathique thoraco- lombaire (D12 L1)

Le plexus hypogastrique (ortho et para sympathique)(S2,S4)

L'innervation sensitive de la peau du pénis et du gland relève du nerf dorsal du pénis, branche du nerf honteux interne issu des racines S3 ET S4 (innervation somatique)

Les muscles bulbo caverneux et ischio caverneux sont innervés par la branche motrice du nerf honteux interne

Le systéme limbique joue un rôle important dans la modulation comportementale affective et sexuelle

Physiologie de l'érection

Le pénis présente une alternance d'états de flaccidité et d'érection

L'érection est un phénomène neuro vasculaire nécessitant la relaxation des fibres musculaires lisses du corps spongieux

.La vasodilatation du lit artériel du pénis, combinée à un mécanisme d'occlusion veineuse

Le tonus des cellules musculaires lisses est sous le contrôle de l'axe,orthosympathique responsable de leur contraction,et de l'axe parasympathique responsable de leur vasodilatation *.L'érection est donc le résultat d'une inhibition du système orthosympathique et d'une activation du système parasympathique.*

La rigidité pénienne est complétée par la contraction des muscles ischio -caverneux qui augmente la pression intra-caverneuse

Le passage de la flaccidité *à l'érection* se fait en 4 phases

1 Repos

Le pénis est flaccide

2 La tumescence

-Augmentation du volume du pénis et légére augmentation de pression intra caverneuse

3 L'érection

Volume constant, mais augmentation considérable de la pression intra caverneuse (voisin de 75 mm Hg) pour que la rigidité s'établisse

L'orgasme et l'éjaculation étant l'aboutissement

4 La détumescence

Disparition de la rigidité pénienne et retour progressif au volume pénien

On distingue : 1- Des *érections psychogènes* :qui sont déclenchées par la stimulation visuelle ou la réminiscence des scènes érotiques

2-Des *érections réflexogènes* qui sont déclenchées par contact mécanique , que ce soit des R S ou la masturbation

3-Des érections spontanées, durant le sommeil paradoxal

Physiopathologie de l'érection

L'impuissance est définie comme l'impossibilité d'obtenir ou de maintenir une érection de qualité suffisante pour permettre un R S satisfaisant pour les 2 partenaires

On distingue :

Les impuissances organiques, par altération des mécanismes loco_ régionaux

Les impuissances psychogènes , elles s'accompagnent souvent d'un dysfonctionnement érectile organique « par angoisse de performance »,crainte de l'échec.

Les troubles érectiles d'origine vasculaire représentent 75% des impuissances organiques, les impuissances hormonales que 7 % ,

Les impuissances après prostatectomie (âge moyen 65 ans)

56.6% d'absence d'érection

29% d'érection partielle

14% d'érection normale

Conséquences de la chirurgie prostatique (figure 10 avant intervention)

La prostate et les vésicules séminales ont été retirées en totalité avec le sphincter proximal et les déférents ont été sectionnés

La vessie est ensuite abaissée et l'orifice vésical suturé directement à l'urètre juste au dessus du sphincter distal. Les nerfs érecteurs qui ne sont situés qu'à quelques millimètres de la prostate peuvent être,en fonction de la technique choisie,retirés avec elle ou bien laissés en place (fig 8 et9)

Ces modifications anatomiques exposent a 3 types de séquelles post opératoires

L'une est constante : c'est la disparition de l'éjaculation

Les deux autres sont potentielles

L'incontinence urinaire, le système sphinctérien est fragilisé par l'intervention

L'impuissance sexuelle, préservation des bandelettes vasculo nerveuses en fonction de l'étendue du cancer (fig 11)

C / Comment se passe la prise en charge ?

1Première étape

- Analyser la demande (qui fait la demande,l'homme ,la partenaire,ou le couple ?)
- Voir le couple le plus souvent possible (face à un nouveau comportement,le couple doit communiquer le plus possible pour une mise au point réguliére)
- Résoudre les conflits éventuels (tout conflit présent ou apparaissant en cours de traitement doit être résolu pour poursuivre la thérapie.
- Déterminer la personnalité du sujet (il est indispensable de définir la personnalité du sujet pour mieux le guider ,ainsi que celle de sa partenaire)
- Ne pas omettre les étiologies organiques et iatrogènes (détecter les pathologies ainsi que la prise de médicaments qui interférent négativement)
- Ne pas oublier l'information sexuelle ,afin de neutraliser les systémes de croyances anciens qui perturbent la sexualité depuis l'enfance.
- Dédramatiser le problème en le rationnalisant
- Rôle actif du sujet ,il doit participer et exécuter les tâches demandées

- Analyse fonctionnelle du couple en mettant en évidences les interactions négatives
- Fixer un objectif : retrouver une harmonie sexuelle,
- Fixer un contrat : les tâches demandées doivent être respectées

1- <u>Deuxième étape : prise en charge en Thérapie Cognitivo-Comportementale</u>

- Restructuration cognitive : réduire l'anxiété (inhibitrice de l'érection) et rétablir la confiance en soi. Les cinq colonnes de Beck nous permettront de faire face aux émotions, de mieux les gérer, par des pensées rationnelles.
- Restructuration comportementale : désensibilisation à l'aide d'un nouveau comportement sexuel ,en utilisant un protocole différent : jeux érotiques- livres- vidéo.

2- <u>Troisième étape : prise en charge en kinésexologie</u>

- **<u>Evaluation de la fonction périnéale</u>**
- Définir la qualité des muscles bulbo caverneux au repos et lors d'une contraction volontaire
- La tonicité musculaire du B C est évaluée un « roulé tendu » du corps du muscle au repos avec la pulpe des doigts.
- On demande une contraction volontaire qui va permettre d'évaluer la qualité contractile du muscle sur toute la longueur. un muscle qui présente un tonus et une tension normaux va se tendre comme une corde dure .La rigidité est importante . Après la prostatectomie on constate souvent une faiblesse du muscle bulbo caverneux.
- **Le bio feedback,** qui permet de dissocier les muscles périnéaux des muscles abdominaux,de corriger les inversions de commande. Cette poussée abdominale à la place de la contraction périnéale est la cause de l'effondrement de la pression supra systolique intra caverneuse , renforçant de ce fait la difficulté érectile

    i. Objectif du biofeed back

    1. Maîtrise des releveurs
    2. Augmenter les sensations périnéales et génitales
    3. Diminuer l'action des antagonistes

L'électro stimulation

L' intérêt est de stimuler plus efficacement le nerf dorsal de la verge ainsi que les corps caverneux et le corps spongieux

Un des buts des exercices périnéaux et de renforcer et de réutiliser la fonction musculaire pour une aide à l'augmentation de la rigidité pénienne par réactivation des moto neurones qui innervent les ischio et les bulbo caverneux

La rééducation va cibler tout particulièrement les muscles ischio-caverneux et bulbo-caverneux qui constituent les muscles de la sexualité. Par l'intermédiaire du cortex cérébral, on peut donner ordre à ces muscles de fonctionner. C'est le seul élément sur lequel on puisse avoir un contrôle volontaire (bio feedback).

3- <u>La collaboration : trilogie</u>

a) Le rôle du thérapeute :

- Etre empathique (comprendre les émotions du couple)
- Etre authentique ('le thérapeute doit être direct sans ambiguîté)
- Etre chaleureux (ouvert ,positif,)
- Etre professionnel.(compétent)

b) Le rôle du sujet : il doit reprendre confiance en lui :

- Maîtriser ses émotions
- Gérer son anxiété,
- Etre motivé
- Etre à l'écoute de son corps
- Etre persévérant
- Etre à l'écoute de sa partenaire
- Respecter le contrat avec sa thérapeute.

c) Le rôle de la partenaire : elle doit prendre en charge le sujet en étant motivée :

- Etre séduisante
- Etre imaginative

- Etre sensuelle
- Etre à l'écoute
- Détecter les zones érogènes
- Renforcer positivement les résultats
- Entreprendre les exercices au quotidien
- Corriger les mauvaises habitudes.

Elle doit également développer la communication verbale et corporelle et respecter le contrat avec le thérapeute.

III / Un cas clinique d'impuissance après prostatectomie radicale

A/ Présentation du cas

M. B (57 ans), retraité, m'a été adressé pour une impuissance par l'unité d'urologie de la clinique Saint-François neuf mois après une prostatectomie. (les bandelettes vasculo -nerveuses ont été préservées)
Il présentait : - une absence de sensibilité - une absence d'érection nocturne - une absence d'érection – un désir toujours présent – il était continent – il refusait systématiquement les injections intra-caverneuses.
Il faut noter une dépression à 22 ans (difficultés professionnelles).
Par ailleurs, M. B était sous traitement pour violence et insomnie depuis 20 ans.
Sa femme avait accepté de participer au traitement dans la mesure ou son mari changerait de comportement (il la battait depuis toujours). Avant d'aborder les troubles d'érection, il convient de résoudre les problèmes conjugaux.

B/ Tableau clinique

1- Bilan du couple : après prostatectomie radicale

a) Anamnèse sexuelle avant intervention : - quatre rapports sexuels par mois - éjaculateur précoce depuis toujours.

b) Anamnèse sexuelle après intervention : - absence d'érections nocturnes - absence d'érection après tentative - absence de sensibilité - désir toujours présent.

c) Approche cognitivo-comportementale :

Problèmes à résoudre : - troubles de personnalité de M. B. - dépression de Mme B. - absence de communication du couple - Absence d'information sexuelle du couple.

d) Approche en kinésexologie : - M. B. est continent, il présente une bonne tonicité périnéale mais des difficultés de relaxation - Madame B. n'a pas de problèmes périnéaux.

2- Diagnostic DSM IV

Axe 1 - Séquelles de prostatectomie (motif de la consultation)

Axe 2 - Troubles de personnalité

Axe 3 - Impuissance avec aggravation des troubles de personnalité

Axe 4 - Problèmes psycho-sociaux et environnementaux

a/ Troubles de la communication

F801 (315 ; 31). Trouble du langage de type expressif, vocabulaire restreint, erreur de temps, difficultés d'évocation des mots et de construction de phrases.

b/ Troubles de la personnalité

Personnalité obsessionnelle compulsive et paranoïaque.

-

3- Analyse fonctionnelle du couple (voir schéma page 18)

Approche systémique

Nous prenons en compte l'apprentissage familial du couple , les cognitions de chacun ,les conséquences sur leur comportement avec leurs interactions négatives.

Antécédents historiques : Mr B présentait une carence affective ainsi qu'un schéma d'abandon : manque d'affirmation de soi, violent , dichotomique.

Inapte à la gestion d'un groupe qu'on lui avait confié au sein de son travail. Il avait fait une dépression à l'âge de 20 ans.

1er R S à 19 ans avec sa future femme, la violence physique dés le début étant sa façon de communiquer.

Par contre il embrassait sa femme lorsqu'elle était endormie, son apprentissage familial lui interdisant de montrer ses sentiments .

Mme B présentait aussi une carence affective , ainsi q'un schéma d'abandon (en t pension depuis l'âge de 8 ans elle était restée plusieurs mois sans voir ses parents,et comme son mari elle ne s'affirmait pas

Ils avaient en commun un schéma de dépendance. ravivant les conflits conjugaux déjà anciens.

Antécédents immédiats : Mr B a subi une prostatectomie à la suite d'un cancer de prostate.

Mme B présente une dépression avec des pensées suicidaires qui s'aggrave depuis cette intervention, son mari ne supportant pas son impuissance

Conséquences personnelles : Mr B a perdu confiance en lui, il croit appartenir à une » race inférieure »

Conséquences sur l'environnement : Il est de plus en plus violent et agressif vis-à-vis de sa femme,lui interdit de sortir lseule,rejette sa belle mère de même que les repas préparés par sa femme. Aurait eu l'intention de tirer dans la foule avant de se suicider, devient alcoolique.

:

4- <u>Méthodes d'évaluation</u>

- **Ligne de base de l'évaluation des conflits au niveau du couple**
- Il s'agit de coter de 0 à 8 l'anxiété produite par les conflits au sein du couple, chacun ayant sa propre ligne de base (prendre en compte la personnalité masculine et féminine)
- Cette ligne de base sera actualisée 1 fois par semaine

Ligne de base de la sensibilité et de l'érection.

Il s'agit d'évaluer la sensibilité du bulbo caverneux de 0 à 100% en début de traitement et de suivre son évolution au cours des séances (1 fois par semaine) pour guider le sujet, lui donner des repaires et l'encourager à être plus à l'écoute de son corps.

Ensuite atteindre des tumescences et un début d'érection qu'il va évaluer lui même de 0 à 100% pour repérer leur évolution

Cette méthode permet de concrétiser ses progrès et d'oublier momentanément l'érection tant attendue.

- **Échelle d'évaluation des pensées dysfonctionnelles (5 colonnes de Beck).**

1ére colonne : situation

2éme colonne : les émotions (de 0 à 100%)

3éme colonne : les pensées dysfonctionnelles ‘ : exp »je suis plus un homme »

4éme colonne : les pensées rationnelles (le sujet doit remplacer les pensées négatives par des pensées positives)

5éme colonne : les résultats (l’anxiété doit s’estomper)

- **Test d’Azrin** (bonheur conjugal**).**
    i. Questionnaire se rapportant au partage des tâches, des loisirs, des vacances, de l’éducation des enfants
- **Dose de stress en fonction du changement.**
    i. Il s’agit d’événements anciens ou récents occasionnant une augmentation de l’anxiété
- **Inventaire de Beck** (item permettant d’évaluer la dépression).
- **Échelle H** (suicide).
- **Questionnaire d’auto évaluation sexuelle** (il s’agit de déterminer le fonctionnement sexuel du couple avant l’intervention(qui sera la référence) après , et en fin de traitement

3 Analyse fonctionnelle du couple

APPROCHE SYSTEMIQUE

Mr B
Carence affective
Schéma d'abandon
Absence d'affirmation de soi
Dépendant
Violent
Paranoïaque
Dichotomique
Dépression au sein de son travail
1er RS à 19 ans avec sa future femme
Bat celle-ci depuis toujours
Mais embrasse sa femme quand elle est endormie

INTERACTIONS NEGATIVES

Mme B
Schéma d'abandon (pensionnaire à 8 ans)
Absence d'affirmation de soi
Dépendante
1er RS à 19 ans avec son futur mari

ANTECEDENTS HISTORIQUES

CONFLITS CONJUGAUX

ANTECEDENTS IMMEDIATS

PROSTATECTOMIE

DEPRESSION

COMPORTEMENT PROBLEME

IMPUISSANCE

Absence de sensibilité, d'érection
Refuse la chimiotherapie

CONSEQUENCES PERSONNELLES

Perte de confiance en lui
« J'appartiens à une race inférieure »

CONSEQUENCES SUR L'ENVIRONNEMENT

De plus en plus violent et agressif vis-à-vis de sa femme
Lui interdit de sortir
Met à la porte sa belle mère
Jette les repas préparés par sa femme
A l'intention de tirer dans la foule avant de se suicider
Devient alcoolique

C/ Procédure thérapeutique

1- Les troubles de personnalité

Explication du processus pour l'aider à se déculpabiliser :

Le mauvais apprentissage familial le conduisait à « une répétition des scénarios de vie »; son père battait sa mère, donc il l'imitait. Son modèle était Hitler ; comme il ne pouvait s'affirmer, il régnait en dictateur. Au cours de son enfance, ses parents l'obligeaient à manger les restes de ses frères et sœurs. N'ayant pas été respecté, il ne respectait pas sa femme. D'où une carence affective et schéma d'abandon.

2- Les conflits

- Résolution de problèmes :
- Définir les conflits conjugaux (ligne de base de l'anxiété tableau I)
- Inventorier toutes les solutions possibles
- Prendre une décision
- Exécuter la décision
- Evaluer les résultats.

3- Restructurations cognitives à l'aide des colonnes de Beck

Les pensées automatiques de Mr B sont nombreuses : Je ne suis plus un homme - J'appartiens à une race inférieure - Je ne mérite pas d'être aimé - Ma femme va -m'abandonner - me tromper.

Ces pensées le rendent plus agressif : sa femme n'a plus le droit de sortir sans lui, il la rejette hors du lit - « elle est responsable de ses problèmes sexuels » - elle devait l'aider à refuser l'intervention. Il se replie sur lui-même: - il jette au sol la nourriture qu'elle prépare - met sa belle-mère âgée de 85 ans à la porte bien qu'elle était très aimable avec lui. D'après lui, il était sur le point de tirer sur la foule et de se tuer.

Ayant pris conscience au cours du traitement de ses troubles profonds, son comportement s'est normalisé peu à peu et il a pu coopérer.

4- La communication

Construire des relations positives au sein du couple en travaillant l'affirmation de soi à l'aide de « jeux de rôle » et de « modeling ».

La dépression de Mme B a disparu dès que la communication avec son mari a été rétablie.

En accord avec le couple, les conflits ayant été résolus, la communication rétablie, nous décidons d'aborder les problèmes sexuels.

L'arrêt des R S est indispensable (toutes les tentatives aboutissant à un échec de la pénétration ne font que renforcer négativement ce comportement, et augmenter l'anxiété).

5- La kinésexologie et les TCC

Information sexuelle, schémas, mécanisme de l'érection.

Méthode : La stimulation neuromusculaire ou transcutanée pénienne.

On Fixe des électrodes à la racine de la verge partie supérieure et inférieure, on peut utiliser deux électrodes « garrot » pour stimuler la verge.

Un des buts des exercices périnéaux est de renforcer et de réutiliser la fonction musculaire pour ce qu 'elle doit, être, à savoir une aide à l'augmentation de la rigidité pénienne, par réactivation des moto-neurones qui innervent les ischio- et les bulbocaverneux.

Séances de relaxation, M. B a des difficultés à se relaxer, il est très tendu.

Prise en charge du muscle bulbo-caverneux et sa relaxation (indispensable pour préparer l'érection).

En parallèle, nous avons commencé la désensibilisation, avec un nouvel apprentissage : caresses corporelles, caresses génitales, pénétration désintéressée lors de début d'érection en oubliant la performance, s'agissant de développer la communication verbale et corporelle.

Ce protocole a permis a Mr B de découvrir la tendresse (surtout de l'exprimer), la sérénité, le respect de l'autre. Il m'a confié qu'il venait de découvrir une vie nouvelle.

6- Le contrat et les objectifs

Les patients s'engagent à collaborer avec le thérapeute. Des tâches leur sont prescrites. Ils doivent s'auto analyser et s'auto-évaluer avec l'aide du thérapeute.

Ensemble on teste les hypothèses, pour retrouver la possibilité d'une vie sexuelle harmonieuse.

7- Déroulement des séances

1 à 3 séances d'évaluation en fonction des problèmes de chacun

4 à 10 séances de thérapies

10 à 25 séances pour le suivi du sujet

Fréquence des séances en raison d'une fois par semaine

Durée de la séance 3 /4 d'heure à 1 heure

Déroulement d'une séance : en présence de la partenaire (observatrice et collaboratrice)

1ére étape : Comment s'est déroulée la semaine passée ? Y- a- t-il eu un événement pénible ? Les tâches attribuées (protocole sexuel) ont-elles pu - être accomplies ? Si non pourquoi ?

Nous évaluons à chaque séance le degré d'anxiété (0 à 100%) qui va nous permettre de construire la ligne de base

Nous évaluons aussi dans ce cas , la ligne de base de la sensibilité ou de l'érection (approche subjective, mais indispensable pour se fixer des repères d'une séance à l'autre)

2éme étape : En accord avec le sujet, nous commençons par la relaxation. Ensuite nous abordons les schémas cognitifs ainsi que les systèmes de croyance à l'aide des colonnes de BECK (voir p16)

3éme étape : Approche périnéale , prise de conscience avec le biofeedback du bulbo caverneux et sensibilisation (apprentissage de la relaxation et de la contraction,que le sujet doit adapter au cours des R S)

4éme étape : Feed- back de la séance

Etes-vous satisfait du déroulement de la séance ? Avez -vous d'autres suggestions ?

5éme étape : Agenda de la semaine suivante

Nouvelles tâches à accomplir, pendant la semaine, éventuellement modifications du traitement pour la prochaine séance.'

D/ Résultats (voir tableaux I, III et IV)

Commentaires de la ligne de base des conflits conjugaux (tableau I)

Mr B m'a fait confiance de plus en plus au fil des séances »je ne le jugeais pas , mais je comprenais son comportement » que le processus qui s'était installé au cours de son apprentissage familial,il reproduisait le même scénario avec sa femme. La collaboration s'est bien passée, et son anxiété a baissé régulièrement (l'explication de ses schémas cognitifs anciens lui ayant permis de comprendre son comportement violent vis-à-vis de sa femme et de le **déculpabiliser**)

Quant à sa femme, restée sceptique son anxiété n'ayant pas diminuée au départ (36 ans de violence conjugale ne sont pas faciles à effacer) elle est restée méfiante et dépressive

Le début de la thérapie a été difficile pour le couple

Mme B a dû encore supporter « les faux pas de son mari »des comportements de rejet (la pousser hors du lit,contrôler ses sorties) son manque de respect.

Mr B qui devait au quotidien se contrôler et faire face à ses pulsions, a utilisé des exercices de relaxation, mais très perturbé et épuisé après ses efforts ,il se culpabilisait revivant toutes les nuits ses années de violence. Son anxiété ayant augmenté ,de nouveau il ne s'est pas présenté au rendez vous suivant

Sa femme était désespérée et très déprimée.

J'ai dû rappeler Mr B sur le champ, lui expliquant que je comprenais sa souffrance et que j'allais l'aider à y faire face,l'évitement n'étant pas la solution pour reconstruire son couple,mais qu'il fallait travailler ses émotions pour mieux les gérer et supprimer cette culpabilité qui était stérile . Après avoir répondu positivement le soir même, il est venu et a accepté de poursuivre son traitement.

Pour établir une bonne communication,nous avons travaillé l'affirmation de soi au sein du couple avec des « jeux de rôle » en utilisant le « modeling ».Chaque conflit était noté,revu et travaillé ensemble

Les éléments cognitifs négatifs ont été pris en charge à l'aide des 5 colonnes de BECK ainsi que les distorsions (processus cognitifs).Les renforcement positifs pour Mr B étaient indispensables pour lui redonner confiance et l'encourager à continuer

Peu à peu l'anxiété du couple s'est harmonisée et a disparu

Avec leur accord nous avons abordé les troubles d'érection

Les conflits ayant disparu pour le moment,il fallait rapidement prendre en charge l'impuissance qui était source de violence et de manque de confiance en soi.

Commentaires de la ligne de base de la sensibilité et de l'érection (tableau II)

La sensibilité sera évaluée de 0%à100% en fonction de l'éveil de celle-ci jusqu'à 100% : atteinte de l'orgasme

L'érection sera elle aussi graduée de 0% à100% en commençant par une tumescence de plus en plus importante, pour aboutir à une érection complète :100%. L a sensibilité de M r B a augmenté très rapidement ainsi que, les tumescences et en quelques semaines il a obtenu des érections. Les premières n'étaient pas suffisantes pour une pénétration , mais peu à peu,l'objectif était atteint ; Par contre, nous pourrons observer que des événements négatifs allaient perturber les érections.

Commentaires du questionnaire d'auto évaluation après prostatectomie

Les résultats sont très satisfaisants (tableau III et I V)

La fréquence des R S a augmenté , elle est passée de 4 R S /mois ,avant intervention à 8 R S /mois après la thérapie, alors qu'en post opératoire elle était nulle

Mr B était éjaculateur précoce,et actuellement ,malgré une éjaculation rétrograde, ses orgasmes sont plus tardifs, mais de me^me intensité qu'auparavant.

Le désir n'a pas changé, quant à l'anxiété,un petit résidu qui persistait à disparu.

La ligne de base des conflits est passée de 8/8 à0/8 et l'anxiété a disparu entiérement

La ligne de base de l'érection est passée de 0% à 100%

Les colonnes de BECK ont permis de neutraliser l'anxiété générée par les dysfonctions sexuelles

Le test D' AZRIN s'est amélioré au sein du couple, le « bonheur conjugal » a augmenté

L'inventaire de BECK a mis en évidence la dépression de Mme en début de traitement et nous a permis de constater sa disparition en fin de traitement

E/ Discussion

Notre objectif étant de neutraliser l'anxiété pour aborder les troubles de l'érection, nous avons commencé par prendre en charge les facteurs générant les émotions : les conflits conjugaux et les difficultés de communication ont été aggravés par l'impuissance de M. B. : brutalité et alcoolisme chez lui, dépression et pensées suicidaires chez son épouse.

Les troubles de personnalité aggravés par son impuissance ont entraîné une brutalité excessive, de l'alcoolisme, générant une dépression et des pensées suicidaires chez son épouse. À l'aide du DSMIV, les TCC nous ont permis de mettre à jour la personnalité de chacun, tout particulièrement celle de M. B : fondée sur la paranoïa, l'obsession, et la dépendance.

Après une prise de conscience de ses troubles de personnalité, il a fallu aborder les difficultés de communication en traitant l'affirmation de soi et de chacun. C'est seulement en troisième position que les problèmes sexuels ont été pris en charge.

Après la prostatectomie, M. B avait perdu toute sensibilité avec une rétraction importante de la verge, il devait uriner en position assise (comme les femmes). La perte de son identité masculine lui faisait éprouver la sensation d'être castré, asexué, ces sentiments étaient accompagnés d'une perte de confiance en lui.

Après une approche cognitive, traitement des pensées automatiques négatives (colonne de Beck), cette perte de sensibilité a été prise en charge en kinésexologie grâce à une prise de conscience du bulbo-caverneux, à une resensibilisation avec l'aide d'un courant spécifique, qui permet une vaso-dilatation de cette région ainsi qu'une reconstruction des terminaisons nerveuses à long terme. En parallèle, pour favoriser l'érection, nous avons abordé l'apprentissage de la relaxation de ces muscles par l'intermédiaire du biofeedback. Le démarrage sensoriel a préparé le sujet à l'approche comportementale

À l'aide de caresses corporelles, cette sensibilité va augmenter et aboutir peu à peu à l'érection et à la pénétration désintéressée (en freinant l'anxiété) pour aboutir à une érection totale, spontanée, naturelle et harmonieuse.

En outre, il est maintenant capable de surmonter les événements extérieurs négatifs susceptibles d'entraîner des troubles d'érection. Bien entendu, il a fait disparaître ses troubles addictifs . Quant à l'épouse qui bénéficie maintenant des préliminaires, sa sexualité retrouvée s'est épanouie.

Par contre, M. B a pu constater, au cours de son traitement, que les érections pouvaient être contrariées par des événements extérieurs négatifs susceptibles d'entraîner des troubles d'érection. Mais il a compris qu'en gérant ses émotions et en gardant confiance en lui, il pourra faire face à d'éventuels problèmes.

Mr B a pris conscience de tous ses troubles addictifs associés et les a combattus.

D'où :

- arrêt de l'alcool,
- baisse de la consommation de cigarettes,
- diminution de sa chimiothérapie.

Les résultats chez ce patient ont été spectaculaires, iI a été capable de se remettre en question et a changé de comportement ; il m'a avoué qu'il «commençait à vivre maintenant ». Quant à sa femme, la dépression a fait place à la sérénité et à la joie de vivre.

C'est une véritable renaissance du couple.

F CONCLUSION

Cette double approche kinésexologique et TCC nous a permis d'aborder le couple dans sa globalité, la kinésexologie permettant au couple de découvrir leur périnée, de comprendre son « exploitation » dans la vie sexuelle.

La thérapie cognitivo-comportementale a ajouté la compréhension de leurs inhibitions en modifiant les schémas cognitifs, les distorsions, les pensées automatiques. Par un nouvel apprentissage, un changement de comportement et un développement de la communication verbale et corporelle ont été opérés.

L'union des deux thérapies entraîne une connaissance mutuelle plus complète : chacun des deux partenaires est à l'écoute l'un de l'autre ; elle nous permet également d'aborder les dysfonctionnements sexuels dans leur globalité.

À l'inverse, « la chimie du sexe » qui met en valeur l'érection essentiellement comme mécanisme crée de nouveaux dysfonctionnements notamment par anxiété de performance, élément cognitif ancestral, rendant l'homme dépendant de médicaments, transformant l'homme en « objet de consommation ».

La femme, elle, n'est plus l'essence de l'érection, elle se sent frustrée et doit répondre à un mécanisme enclenché artificiellement. À quoi sert sa féminité ?

Les thérapies cognitivo-comportementales prennent donc en charge les problèmes psychologiques et sexuels.

Ces nouvelles méthodes reconstruisent la vie sexuelle dans sa globalité, corporelle, érotique et psychologique.

À méditer …… au choix de chacun !

Toutefois, si les TCC démontrent leur efficacité par de nombreuses études validées, la valeur scientifiquement établie de ces thérapies doit être reconnue par tous ceux qui, par leur pratique médicale, doivent contribuer au bien-être de leurs patients.

LES TROUBLES D'ERECTION APRES PROSTATECTOMIE

Il y a des solutions !

Celle que nous vous proposons est naturelle
OBJECTIF: Retrouver une meilleure harmonie conjugale par une sexualité enrichie.

PAR QUELS MOYENS ?

1 La kinésexologie

Elle permet de prendre en charge l'organique, c'est-à-dire :accélérer la reconstruction des bandelettes vasculo nerveuses,de la verge

Objectifs : Augmenter la sensibilité génitale
Tonifier les muscles de l'érection : les bulbo caverneux
Apprendre à maîtriser ces muscles pour obtenir l'érection

2 Les thérapies cognitivo comportementales

Elles prennent en charge l'anxiété du couple
POURQUOI ?

Chez l'homme, plus l'anxiété augmente,plus l'échec de l'érection est assuré

COMMENT ?

-En mettant en évidence les causes de l'anxiété

1 La maladie' (cancer de la prostate)
2 Parfois l'incontinence urinaire
3 L'attente du résultat du P S A ?
4 La recherche obsessionnelle de la performance sexuelle
5 Les événements anciens ou récents mal vécus
6 Parfois le comportement négatif de la partenaire

-En prenant en charge les pensées négatives en les rationalisant

Les systèmes de croyances, les pensées inconditionnelles (je ne suis plus un homme ……)

-En faisant appel à la relaxation (apprendre à lâcher prise**)**

-En adoptant un nouvel apprentissage sexuel

Reconstruction de la sexualité, rèapprendre à se découvrir, a être plus à l'écoute de l'autre, se détendre sans penser à la pénétration. La participation de la partenaire est très importante, elle doit renforcer positivement son mari

-En maintenant une activité physique (sport)

L’association des deux thérapies permet de :

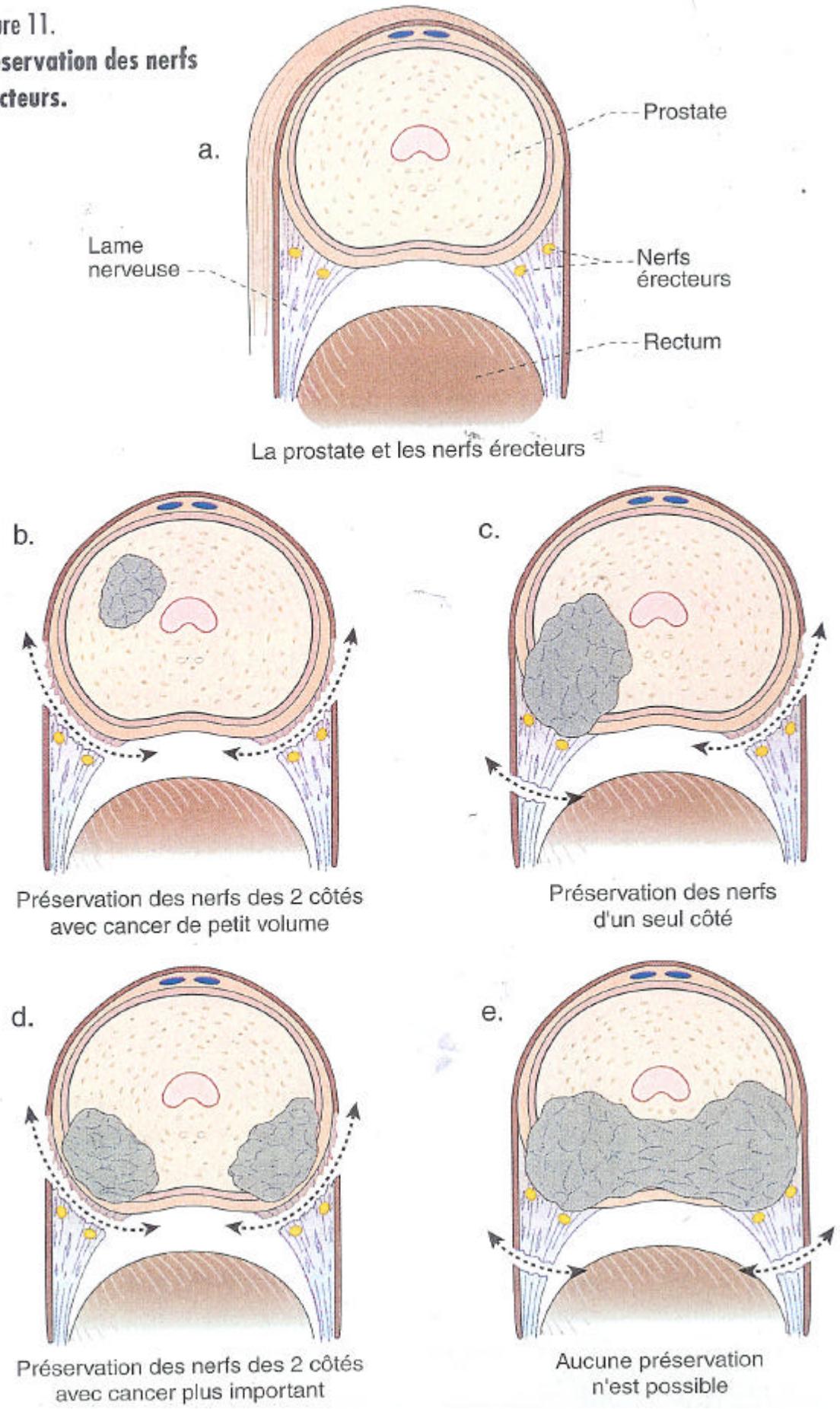
Stimuler la sensibilité génitale
Développer la sexualité sans pénétration
Augmenter et consolider le désir
Retrouver l’érection

-LES CLES DU CHANGEMENT

1 -INDUIRE /retrouver l’érection
2-ACQUERIR RECONNAITRE/Prendre le temps de s’approprier l’érection
3-UTILISER :Une érection pour les R S

Schémas :

Figure 11.
Préservation des nerfs érecteurs.



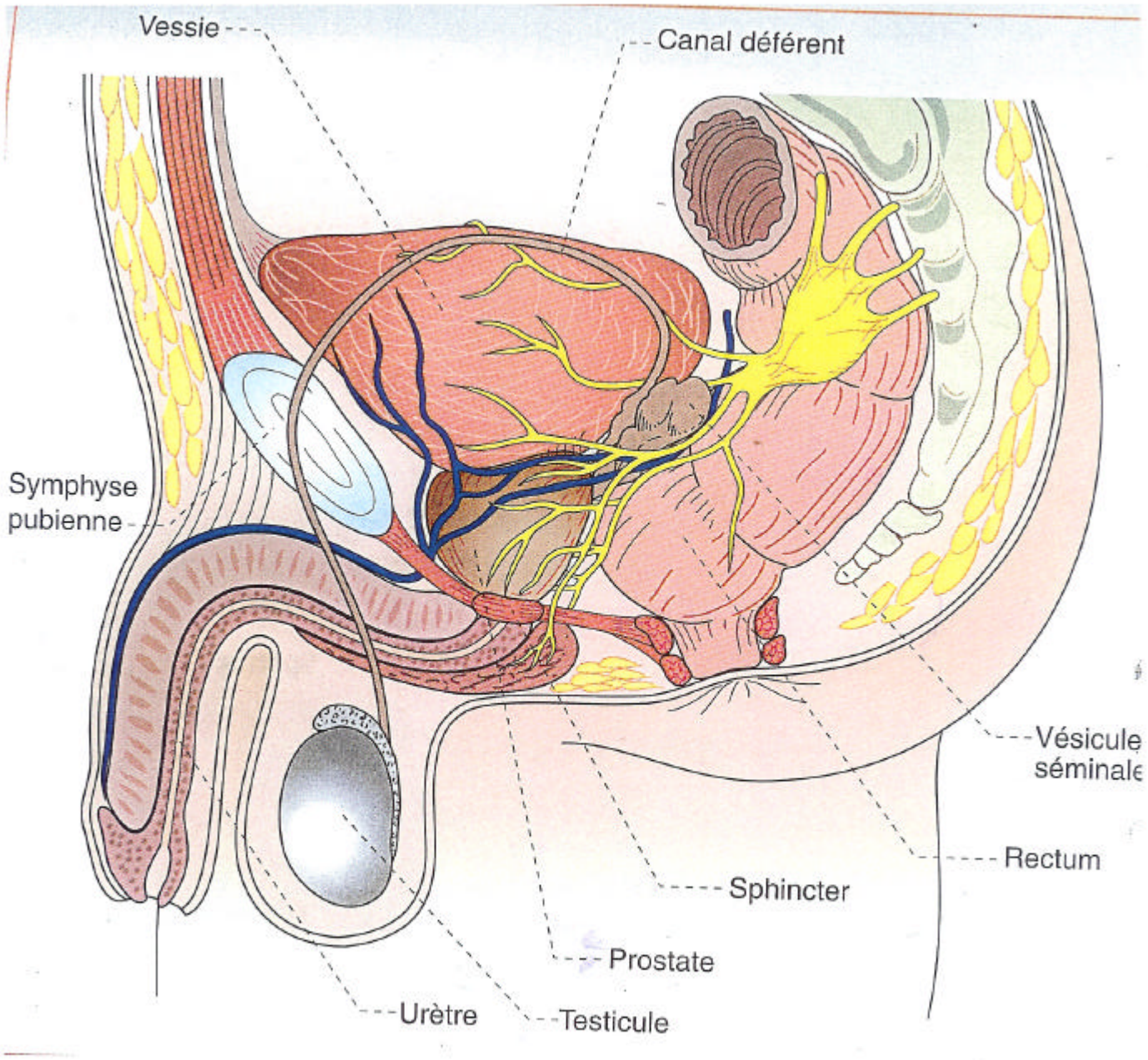

Vessie
Canal déférent
Symphyse pubienne
Vésicule séminale
Rectum
Sphincter
Prostate
Urètre
Testicule

Figure - 10