

SEXUALITE, COUPLE ET TROUBLES BIPOLAIRES

À propos d'un cas

Dr F. SBAIHI

INTRODUCTION

- La sexualité humaine est un phénomène complexe impliquant des dimensions biologiques, psychologiques et socioculturelles.
- Courtois (1998) décrit la sexualité selon les différentes perspectives. Ainsi,
- D'un point de vue biologique, il est question de différenciation sexuelle et de fonction de reproduction, ce qui réduit la sexualité à une pulsion à satisfaire.
- D'un point de vue psychologique, il s'agit plutôt d'un instinct inné.
- D'un point de vue psychosocial, la sexualité est apprise et fortement modulée par les règles sociales et vice versa, puisqu'elle aurait une influence sur les aspects socioculturels.
- Avec l'intérêt grandissant par rapport à la sexualité et la reconnaissance de son importance, l'OMS a défini le concept de santé sexuelle comme suit : « La santé sexuelle fait partie intégrante de la santé, du bien-être et de la qualité de vie dans leur ensemble. C'est un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social en relation avec la sexualité, et non pas simplement l'absence de maladies, de dysfonctionnements ou d'infirmités ». Cette définition rappelle l'aspect multidimensionnel de la sexualité, ainsi que l'ampleur des impacts des problèmes d'ordre sexuel sur l'être humain.
- Encore aujourd'hui, il ne fait aucun doute que la sexualité demeure un sujet tabou, certains allant jusqu'à dire que ces tabous ont retardé la recherche dans le domaine de la médecine et de la sexologie. (Lévy et Crépault, 1978)

- Les personnes atteintes de troubles bipolaires, quant à elles, sont aux prises avec un double tabou. En effet, plusieurs doivent vivre à la fois avec les préjugés et stéréotypes entourant la maladie mentale, ainsi qu'avec ceux entourant les problèmes d'ordre sexuel.

LES REACTIONS AFFECTIVES DU PATIENT BIPOLAIRE

A. Réaction maniaque

Lors de ces épisodes on observe :

- une augmentation de la promiscuité pour les deux sexes et des grossesses illégitimes chez les femmes.
- L'homme a tendance à s'impliquer dans des activités de pédophilie ou d'inceste.
- Les préoccupations sexuelles sont nombreuses pour les patients maniaques. On doit toujours analyser avec perspicacité le désir de grossesse d'une femme souffrant de manie : il est plus souvent le fruit d'un délire que d'un besoin véritable.

B. Réaction dépressive

Le manque de désir aussi bien pour la femme que pour l'homme.

L'impuissance et l'incapacité de lubrification vaginale sont fréquentes et bien documentées par la recherche.

En fait devant ces symptômes sexuels on devrait toujours éliminer en premier une dépression larvée, peu apparente, ou se manifestant par des équivalents somatiques comme des douleurs chroniques.

Les symptômes dépressifs sont fréquents chez les hommes qui consultent pour impuissance fonctionnelle (Alarie et Campbell, 1987)

La tumescence pénienne nocturne est diminuée chez les hommes dépressifs (Michael et cols, 1987)

Outre les difficultés que peuvent ressentir les couples sans dépression ou bipolarité dans leur façon de communiquer, ceux dont un des partenaires est atteint d'un trouble bipolaire doivent faire face à d'autres difficultés, comme par exemple :

- l'instabilité d'humeur qui interfère avec une communication plus au moins adéquate,
- une estime de soi plus fragile du fait de la perception du conjoint en tant que « malade »
- ou encore le possible influence de l'usage de drogues ou d'alcool.

LES CONSEQUENCES FAMILIALES DES TROUBLES BIPOLAIRES

Elles sont nombreuses

La principale est représentée par les difficultés conjugales, et en particulier la fréquence des divorces, des séparations ou des célibats. Une étude retrouve ainsi que seuls 24% des bipolaires vivent en couple, que 50% n'ont jamais été mariés, que 26% sont séparés.

L'autre conséquence familiale à prendre en compte est la fréquence des répercussions sur l'équilibre familial : 93% des membres de l'entourage rapportent une détresse ou une souffrance psychique, qui est majeure dans la moitié des cas.

L'entourage est concerné : il subit les troubles et les complications et doit faire face aux conséquences. Il est obligé de s'adapter en permanence à des situations nouvelles, il vit dans un stress permanent, en état d'alerte par rapport au risque de rechute.

Et si la possible complexité de vivre ensemble peut toucher tous les couples, la tâche est encore plus difficile lorsqu'un des partenaires souffre de troubles bipolaires

Lorsqu'une personne est diagnostiquée bipolaire, ce sont toutes les sphères de sa vie qui sont touchées, pouvant ainsi amener le couple à vivre un grand désarroi, des mésententes, voire une séparation.

IMPACT DE LA MEDICATION SUR LA SEXUALITE

La plupart des antipsychotiques ont tendance à augmenter le taux de prolactine sanguin, à la fois chez les hommes et chez les femmes.

Ce niveau de prolactine élevé peut être à l'origine d'un ralentissement sexuel : désir moindre et troubles de l'excitation.

La prise de médicaments nécessaire à la stabilisation des personnes atteintes de TB peut entraîner des troubles de l'érection et/ou du désir sexuel, de l'excitation sexuelle ou encore de l'orgasme.

Quant à la fantasmagie sexuelle, elle peut devenir absente ou modifiée, changements pouvant avoir un impact sur le partenaire qui lui n'a pas changé. La perception de leurs performances sexuelles semble avoir une forte incidence surtout chez les hommes, pour qui la notion de performance génère de l'anxiété.

Il faut réaliser que, néanmoins les bienfaits d'une médication appropriée sont, dans l'ensemble, favorables à la sexualité et contrebalancent facilement les difficultés mineures de la médication psychotrope

Le "Melleril" (Thioridazine) a une action particulièrement calmante sur la sexualité, et par son action sur les ions de Zinc peut amener des troubles de spermatogenèse (Petterson, 1975) ou d'éjaculation. (Retard ou absence).

LES APPROCHES THÉRAPEUTIQUES UTILISÉES

1. Approche cognitivo-comportementale
2. Approche existentielle
3. Approche sexoanalytique
4. Approche sexocorporelle
5. Approche systémique (couple)

PRESENTATION DU CAS CLINIQUE

Mme A. Djamila âgée de 38 ans, mariée et mère de 05 enfants, jamais scolarisée, sans profession ni qualification professionnelle, suivie pour un TB, depuis 22 ans. Elle est admise pour la 6ème fois en milieu psychiatrique pour apparition depuis un mois de gros troubles du comportement à type d'hétéro-agressivité en milieu familial, cris, vocifération et obscénité du langage, ce qui lui a valu des problèmes familiaux notamment avec son époux qui ne veut plus d'elle, elle est alors partie chez ses parents, et fut ramenée à l'hôpital par son père, pour les motifs suivants :

- instabilité psychomotrice

- logorrhée, irritabilité et labilité de l'humeur
- insomnie

Le tout faisant suite à un arrêt thérapeutique de quelques mois. Du côté de l'hérédité : la grand-mère paternelle suivie en psychiatrie

Le début des troubles remonte à l'année 1994 soit à l'âge de 16 ans de façon progressive suite au décès de sa grand-mère, où elle a commencé à sentir une fatigue intense, un retrait et un isolement total, avec refus alimentaire et thérapeutique ainsi que des pleurs incessants, un dégoût vital important; des idées suicidaires; des sentiments d'auto dévalorisation, d'avenir bouché ainsi qu'une activité délirante congruente à l'humeur. Elle fut hospitalisée à Alger pendant 03 mois et traitée par antidépresseurs, traitement pris uniquement quelques semaines après la sortie.

Elle eut un autre accès de dépression mélancolique avec TS en 2005 puis en 2012 juste après des événements stressant « l'accouchement ». Plusieurs accès maniaques et dépressifs se sont succédé depuis, à des intervalles très rapproché, « 2-3 mois » marqués par la mauvaise compliance thérapeutique.

La patiente est instable, elle nous insulte, nous injure et se moque de nous d'un discours intarissable.

Le sommeil et l'appétit sont perturbés ainsi que la sexualité comme le rapporte son époux. Elle le réclame plusieurs fois par jour au lit, parfois même en présence de tierces personnes.

Dans le service, la patiente demeure très agitée les 2 premières semaines, signalée quotidiennement pour des tentatives de fugue et des insomnies.

Après 9 semaines la patiente retrouve sa stabilité et sa famille à la faveur d'un traitement qui espérant cette fois-ci sera continu.

L'interrogatoire de son époux révèle :

- Un désinvestissement total du foyer familial.
- « Elle a des sautes d'humeur imprévisibles et spectaculaires...Oui par moment elle est bien!... Mais retour à la case de départ à chaque rechute, j'en ai marre... » Relate-t-il.

- Il nous déclare aussi que la sexualité de son épouse, s'accroissait pendant les accès maniaques et elle est carrément absente durant les accès dépressifs en réponse à ses difficultés dans la vie et surtout aux médicaments prescrit par les psychiatres ... »

Quand a la mauvaise observance au traitement, Djamilia s'explique ainsi :

« Si j'arrête le traitement ce n'est pas par hasard les médicaments que je prends influencent directement sur ma vie, j'ai pris énormément de poids, je ne me sens plus valable comme avant, j'ai perdu toute mon énergie. »

« J'ai parfois comme l'impression de ne pas exister pour mon mari...ces mots blessants... »

« ... depuis qu'on a diagnostiqué la maladie mon mari a beaucoup changé envers moi ». A présent, la patiente est en instance de divorce

COMMENTAIRES DU CAS

Nous relevons :

- Le nombre important des rechutes et des hospitalisations.
- Augmentation du potentiel de passage à l'acte suicidaire.
- Difficulté de la prise en charge de l'accès.
- Difficulté de la gestion du domicile familial en plus de la maladie.
- Les gros troubles du comportement en milieu familial.
- Allongement et rapprochement des accès
- Mauvaise observance au traitement.
- Le retentissement sur le pronostic vital et social.

Ce qui attire l'attention dans ce cas clinique est d'abord les changements de perception de soi générés par l'annonce de la maladie bipolaire, la patiente s'est senti diminuée dans son rôle de femme dans la société mais aussi et surtout par rapport à son époux, elle commençait à ne plus se sentir valable ou attirante.

- On note aussi des troubles du désir sexuel chez le mari parce que Djamila ne représente plus un « idéal » pour lui.

Les symptômes que la patiente avait présentés comme l'agressivité ou l'hostilité, les modifications comportementales ayant découlé de la maladie bipolaire ont entravé une bonne compréhension de son partenaire trouble de la communication

Modification de l'équilibre du couple ➡ un risque grand = séparation

Les personnes atteintes de troubles bipolaires peuvent vivre des problèmes d'ordre sexuels au niveau de l'intérêt, l'excitation, l'orgasme et la satisfaction.

- De nombreux impacts négatifs sont observés sur le fonctionnement des personnes atteintes, surtout dans la sphère sociale.

- En effet, les relations intimes chez les personnes atteintes de TB sont chaotiques, moins consensuelles et moins satisfaisantes.

CONCLUSION

- Des changements sont nécessaires au niveau de la mentalité et de l'éducation dans les établissements de santé, considérant les tabous et préjugés, ainsi que le manque de connaissances sur la sexualité, chez les patients. Ainsi, une attitude d'ouverture et sans jugement est essentielle en ce sens, la sexualité devant faire partie intégrante de la prise en charge psychiatrique.

- L'ergothérapeute apparait comme un intervenant clé pour être sensible aux préoccupations des patients en santé mentale quant à leur sexualité et permettre au sein des établissements des activités éducatives, d'élargir les discussions sur l'ensemble des préoccupations concernant le plaisir, la satisfaction dans la vie, les rencontres, la vie de couple, la vie familiale, etc.

- Le psychiatre pourra aussi utiliser ses compétences à travers plusieurs types d'intervention parmi lesquelles l'information et le soutien du couple, l'évaluation de leurs besoins.

- Parmi les moyens pouvant permettre au patient bipolaire ainsi qu'à son partenaire de traverser les différentes épreuves

causées par la maladie dans les meilleures conditions possibles est :

- un environnement le plus stable possible,
- l'expression des besoins de chacun,
- l'écoute, la compréhension, le renforcement de l'estime de soi.

Références

1. Docteur Édouard Beltrami, FRCP(C). Maladies psychiatriques et sexualité
2. J.M. Thomas. Prévalence des pathologies psychiatriques en médecine générale
3. Kasper S. & Hirschfield R.M.A. Handbook of Bipolar Disorder, Taylor and Francis Ed., 2005
4. HAS. Guide Affection de longue durée « la prise en charge d'un trouble bipolaire ». Décembre 2010
5. Bristol-Myers Squibb Company et Otsuka Pharmaceutical Europe, Ltd. en collaboration avec les membres du Comité de rédaction et du Comité de pilotage. Apprendre à vivre avec des troubles bipolaires* : Guide à l'usage des patients et de leurs proches.