

LA PLEINE CONSCIENCE DANS LE TRAITEMENT DES ALGIES PELVIENNES

F. Adam

Les algies pelviennes sont présentées selon quatre mécanismes et leurs impacts négatifs sur le fonctionnement sexuel et psychologique. La pleine conscience semble être une réponse thérapeutique tout à fait indiquée pour stopper le cercle vicieux de la douleur. Elle permet de mieux gérer la douleur sexuelle et donne une place importante au plaisir sexuel. Différentes interventions basées sur la pleine conscience sont également exposées.

LES ALGIES PELVIENNES, DIFFÉRENTES AIDES POSSIBLES

Les algies pelviennes sont des douleurs récurrentes (depuis au moins six mois) au niveau du plancher pelvien qui interfèrent considérablement avec les activités de la vie quotidienne telle que s'asseoir, avoir des relations sexuelles, ... (1). Le plancher pelvien fait souvent référence au « périnée » situé de la vulve à l'anus chez la femme et du pénis à l'anus chez l'homme. Les origines des algies sont bien souvent multifactorielles, c'est-à-dire qu'elles peuvent être expliquées par des causes multiples d'ordre biologiques (mycose, prostatite, inflammation du périnée, endométriose, colon irritable, etc.), psychologiques (peur, stress, anxiété, dépression) ou mixtes. Ces douleurs sont aussi rapportées par 38% des femmes (2) contre seulement 5 à 15 % des hommes (3). Ces multiples causes rendent le diagnostic et la prise en charge extrêmement complexe (4).

Quand les douleurs se déclenchent lors des activités sexuelles, elles sont couramment appelées *dyspareunie* et *vaginisme*. La dyspareunie se définit comme une « douleur génitale persistante ou répétée associée aux rapports sexuels, soit chez l'homme, soit chez la femme » (5). Ces douleurs génitales peuvent apparaître dès le début des activités sexuelles, à la pénétration, au moment de l'orgasme ou lors du retrait du pénis. Elles peuvent être d'intensité variées et caractérisées par des sensations de brûlure, de picotements, d'irritations ou des crampes (6). Chez la femme, une distinction est faite entre la dyspareunie « profonde » (douleur vaginale déclenchée par la pénétration) et la dyspareunie « superficielle » déclenchée au contact du vestibule ou par intromission du pénis (7).

Quant au vaginisme, il est caractérisé par « un spasme répété ou persistant, de la musculature du tiers externe du vagin perturbant les rapports sexuels » (5). Ces contractions involontaires des muscles de l'orifice vaginal et des muscles du périnée se manifestent généralement quand l'homme essaie de pénétrer sa partenaire. La plupart du temps, les contractions sont tellement intenses et douloureuses que le coït est rendu insupportable voire impossible.

Quand des causes biologiques sont identifiées, les traitements pharmacologiques et chirurgicaux sont généralement utilisés. Cependant, il arrive parfois que les douleurs persistent après le traitement ou que de la douleur soit ressentie en l'absence de causes biologiques (8). Dans ce cas, une grande incompréhension subsiste: « Pourquoi cela m'arrive ? Pourquoi ai-je de la douleur ? Suis-je normale ? ». Ces douleurs persistantes vont avoir un impact négatif sur la sexualité et le bien-être psychologique (9).

Malheureusement, de nombreux patients ne connaissent pas les différentes aides proposées pour le traitement des algies pelviennes (médicales, psychologiques, sexologiques, kinésithérapeutiques) et arrivent trop rarement chez les sexologues malgré les troubles sexuels associés (10). Pourtant, de nombreux auteurs recommandent une approche multifactorielle et multidisciplinaire pour le traitement des douleurs sexuelles qui prend en compte: l'expérience de la douleur, les aspects sexuels, le vécu du patient et du partenaire, les aspects émotionnels, les traumatismes sexuels (mutilations génitales, abus), l'état de la muqueuse vaginale et du périnée (11). Dans cette perspective, une étiologie bio-psycho-somatique des douleurs pelviennes semble incontournable afin de proposer aux patients une prise en charge globale.

QUAND LA SEXUALITÉ DEVIENT SYNONYME DE DOULEUR...UN CERCLE VICIEUX S'INSTALLE !

Les douleurs sexuelles répétées vont provoquer un dérèglement du système nerveux central de la douleur en rendant la personne hypersensible aux signaux douloureux notamment au niveau de la vulve, ce qui va amplifier la perception de la douleur (12). Aussi,

la manière dont elle va faire l'expérience de la douleur va être déterminée par différents mécanismes psychologiques. Dans la plupart du temps, la douleur va être accompagnée d'**émotions désagréables** comme l'anxiété, la peur de la douleur, un sentiment d'incompétence, de culpabilité, d'impuissance face à la douleur et de perte de contrôle. Cela va mettre la personne dans un état d'esprit d'**hypervigilance**, c'est-à-dire qu'elle va se focaliser sur les moindres signaux douloureux. Cette hypervigilance va favoriser l'apparition de **pensées négatives et de jugements** en lien avec l'expérience telle que « pourquoi j'ai mal », « c'est désagréable », « je ne suis pas normale »,...voire même une catastrophisation de la douleur : « cette douleur est insupportable », « je ne m'en sortirai jamais ». Quand les relations sexuelles deviennent synonymes de douleurs, elles ne sont plus empreintes de plaisir mais au contraire vécues dans un contexte non érotique et désagréable. Face à une expérience jugée comme « insupportable » ou « intolérable », la plupart d'entre nous tenterait spontanément d'éviter cette situation. Pourtant, **l'évitement** des rapports sexuels va participer au maintien du cercle vicieux de la douleur. Finalement, tous ces mécanismes vont amplifier l'intensité de la douleur vécue durant les rapports sexuels (9, 13).

Les douleurs répétées vont engendrer une diminution des pensées érotiques, des émotions de plaisir associées aux activités sexuelles, de la fréquence des rapports sexuels et provoquer une perte d'envie sexuelle. Au final, ces douleurs vont avoir un impact négatif sur toute la fonction sexuelle : désir, excitation, lubrification, orgasme, satisfaction. Il n'est donc pas étonnant de constater que 68% des femmes souffrant de cette problématique présentent des dysfonctions sexuelles associées (14). Les plus fréquentes sont la baisse de désir et de l'excitation sexuelle et les difficultés à atteindre l'orgasme chez les femmes (15) et le trouble érectile et l'éjaculation prématurée chez les hommes (10). Cela va provoquer une augmentation de la détresse sexuelle et une diminution de la satisfaction sexuelle (16). À terme, vivre sa sexualité avec la peur d'avoir de la douleur va devenir une grande source d'anxiété (14). De fait, les personnes souffrant de douleurs sexuelles rencontrent davantage de symptômes dépressifs et d'anxiété (17).

LA PLEINE CONSCIENCE, QU'EST-CE QUE C'EST ?

La Pleine Conscience (PC) ou *Mindfulness* peut être définie comme « *un état de conscience qui émerge du fait de porter son attention, de manière intentionnelle, au moment présent, sans se juger, sur l'expérience qui se déploie moment après moment* » (18). L'état de PC résulte du fait de focaliser son attention sur l'expérience immédiate, c'est-à-dire sur les sensations corporelles, les pensées et les émotions qui surgissent de manière spontanée dans une attitude de

non jugement, d'ouverture, de curiosité sans volonté de l'éviter (19).

La PC prend ses origines dans les méditations bouddhistes qui permettent de sortir d'une manière de penser souvent automatique et d'être plus conscient de l'expérience présente (20). Pour prendre un exemple concret, si nous devons nous rendre au travail en voiture, il n'est pas rare d'arriver à destination sans pouvoir se souvenir du trajet. En effet, dans une situation connue, le « pilote automatique » s'enclenche de manière naturelle chez la plupart des personnes. Malgré ses origines, la particularité de la PC est de se dégager de toute orientation ésotérique ou religieuse.

Les travaux pionniers du docteur Jon Kabat-Zinn sur les douleurs chroniques, à l'Université du Massachusetts au sein de la Clinique de réduction du stress, ont permis de valider la PC comme une intervention scientifique, rigoureuse et efficace. Actuellement, nous pouvons observer un intérêt croissant pour son utilisation dans le traitement de nombreux troubles psychopathologiques et plus récemment pour les dysfonctions sexuelles féminines (21-23). Aussi, elle s'inscrit dans le cadre des thérapies cognitives et comportementales qui s'intéressent aux facteurs cognitifs, comportementaux et émotionnels. Il existe deux interventions basées sur la PC largement utilisées : la *Mindfulness-Based Stress Reduction* (MBSR) pour la gestion des douleurs chroniques (24) et la *Mindfulness Based Cognitive Therapy* (MBCT) indiquée pour la prévention de la rechute dépressive (25).

Introduite depuis seulement quelques années en Europe, la PC rencontre un succès grandissant tant de la part des intervenants que des patients. De nombreux psychologues, médecins et plus récemment sexologues sont maintenant formés à ces techniques et l'utilisent fréquemment en consultation. En Belgique, il est aussi possible de participer en groupe aux programmes MBSR ou MBCT.

ARRÊTONS DE COMBATTRE LA DOULEUR, APPROVOISONS-LA !

Les traitements basés sur la PC ont déjà une longue histoire dans la gestion des douleurs chroniques et proposent une nouvelle façon d'entrer en contact avec la douleur. Elles semblent être une bonne alternative pour le traitement des douleurs chroniques surtout quand les thérapies cognitives et comportementales seules ne suffisent pas.

Elle permet d'améliorer notamment la régulation attentionnelle et émotionnelle, la conscience de soi (26), développe l'acceptation et la compassion envers soi-même et diminue le jugement de soi (27-28). Dans cette perspective, la PC semble être une

réponse thérapeutique tout à fait indiquée en vue de désamorcer le cercle vicieux de la douleur (émotions négatives, hypervigilance, pensées négatives et de jugements, évitement).

En effet, les exercices de PC proposent une exposition prolongée à la douleur dans une attitude d'ouverture et de non-jugement afin d'apprendre à la personne à mieux l'apprivoiser. De plus, cette observation curieuse de soi permet également de prendre conscience de sa tendance naturelle à la distraction et à l'évitement (bouger pour ne plus avoir mal, se distraire, etc). Quand des pensées négatives et de jugement se présentent, les patients sont encouragés à simplement les observer et ensuite, à les laisser passer sans s'attacher à une pensée particulière. Grâce à cet entraînement, ils arrivent progressivement à considérer les pensées et les émotions pour ce qu'elles sont, c'est-à-dire des constructions de l'esprit et des phénomènes transitoires, plutôt que de les voir comme une réalité figée. Dès lors, un espace de liberté est créé et ils ne sont plus obligés de suivre leurs pensées négatives (6). Cette prise de conscience va permettre au patient de mieux comprendre les mécanismes de la douleur et de lui donner l'occasion de jouer un rôle actif dans son traitement. Apprivoiser sa souffrance au lieu de l'éviter, c'est le principe de base de la PC.

REDONNER UNE PLACE AU PLAISIR GRÂCE À LA PLEINE CONSCIENCE

La plupart des traitements de la douleur sexuelle ont comme objectif de retrouver une sexualité avec pénétration alors que le plus important est sans aucun doute de retrouver du plaisir (29). Dans cette perspective, les interventions basées sur la PC pour les dysfonctions sexuelles portent une attention particulière à l'augmentation du plaisir, de l'excitation et de la satisfaction sexuelle. Elles sont généralement inspirées des sexothérapies cognitives et comportementales en y ajoutant des exercices de PC. D'ailleurs, plusieurs interventions, pour la baisse du désir et de l'excitation sexuelle chez des femmes après un cancer gynécologique, ont montré une amélioration significative du fonctionnement sexuel. Les participantes jugent la PC comme la partie la plus efficace du traitement (22, 6). Récemment, la PC est utilisée auprès de femmes souffrant de dyspareunie et montre déjà une diminution de l'hypervigilance, du sentiment d'incapacité, de la catastrophisation, de la détresse sexuelle et des symptômes dépressifs (28).

Par ailleurs, de nombreux patients rapportent « être distraits ou déconnectés » pendant les activités sexuelles et ne trouvent pas toujours les outils concrets pour mieux être immergés dans l'expérience présente. Dans cette perspective, les exercices de PC ont montré leur efficacité chez les femmes souffrant de trouble de l'excitation associée à de la distraction (22).

La PC permet de vivre les activités sexuelles, pas seulement selon le prisme de la douleur, mais en considérant toutes les facettes de l'expérience (caresses érotiques du partenaire, mots doux,...). À l'époque de Masters et Johnson, cette technique n'était pas encore utilisée. Pourtant ils demandaient déjà à leurs patients de recourir au *sensate focus*, un massage réciproque réalisé en couple afin d'être pleinement immergé par les sensations corporelles provoquées par le massage du partenaire. À la différence du *sensate focus*, la PC se focalise sur l'entièreté de l'expérience et pas uniquement sur les touchers du partenaire et peut se réaliser sans la présence du partenaire (30). Durant les activités sexuelles, elle permet surtout de réorienter son attention sur les sensations agréables et érotiques en vue d'augmenter le plaisir et l'excitation sexuelle et d'éviter la distraction.

CONCLUSIONS

Les algies pelviennes ont un impact négatif tant sur le bien-être sexuel que psychologique. Dans cette perspective, les interventions sexothérapeutiques basées sur la PC s'inscrivent dans une prise en charge globale qui traite simultanément la douleur sexuelle et les dysfonctions sexuelles associées. Elles permettent de diminuer les mécanismes de la douleur (émotions négatives, hypervigilance, pensées négatives et de jugement, évitement), la détresse sexuelle et les symptômes de dépression et d'anxiété et d'améliorer la fonction sexuelle (plaisir, excitation, satisfaction sexuelle). L'utilisation de la PC en sexothérapie donne avant tout la possibilité au patient d'être acteur de son traitement grâce à une meilleure compréhension de sa douleur et d'apprendre à l'apprivoiser dans une attitude curieuse et bienveillante. Il est important de souligner que la PC a déjà fait ses preuves pour le traitement des douleurs chroniques et semblent être également efficace pour la prise en charge des algies pelviennes.

RÉFÉRENCES

- (1) Howard FM. Chronic pelvic pain. *Obst Gynecol* 2003 ; 101(3) : 594-611.
- (2) Howard FM. The role of laparoscopy in chronic pelvic pain: Promise and pitfalls. *Obst Gynecol Surv* 1993 ; 48(6) : 357-387.
- (3) Clemens JQ, Meenan RT, O'Keeffe Rosetti MC, Gao, SY, Calhoun EA. Incidence and clinical characteristics of National Institutes of Health type III prostatitis in the community. *J Urol* 2005 ; 174(6) : 2319-2322.
- (4) Harlow BL, Stewart EG. A population-based assessment of chronic unexplained vulvar pain: have we underestimated the prevalence of vulvodynia? *J Am Med Assoc (1972)* 2003 ; 58(2) : 82-88.
- (5) DSM-IV-TR. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Text Revision, United States, 2000.
- (6) Brotto LA, Basson R, Smith KB, Driscoll M, Sadownik L. Mindfulness-based group therapy for women with provoked vestibulodynia. *Mindfulness* 2014 ; XXX-XXX.
- (7) Sibert L, Safsaf A, Rigaud J, Delavierre D, Labat JJ. Pelvic sexual pain. *Prog Urol* 2010 ; 20(12) : 967-972.
- (8) Meana M, Binik YM, Khalife S, Bergeron S, Pagidas K, Berkley KJ. Dyspareunia: More than bad sex. *Pain* 1997 ; 71(3) : 211-212.
- (9) Desrochers G, Bergeron S, Khalifé S, Dupuis MJ, Jodoin M. Fear avoidance and self-efficacy in relation to pain and sexual impairment in women with provoked vestibulodynia. *Clin J Pain* 2009 ; 25(6) : 520-527.
- (10) Davis SNP, Binik YM, Carrier S. Sexual dysfunction and pelvic pain in men: A male sexual pain disorder? *J Sex Mar Ther* 2009 ; 35(3) : 182-205.
- (11) Schultz WW, Basson R, Binik Y, Eschenbach D, Wesselmann U, Van Lankveld J. Women's Sexual Pain and Its Management. *J Sex Med* 2005 ; 2(3) : 301-316.
- (12) van Lankveld JJDM, Granot M, Weijmar Schultz WCM, Binik YM, Wesselmann U, Pukkall CF *et al.* Women's sexual pain disorders. *J Sex Med* 2010 ; 7(1, Pt 2) : 615-631.
- (13) Payne KA, Binik YM, Amsel R, Khalifé S. When sex hurts, anxiety and fear orient attention towards pain. *Eur J Pain* 2005 ; 9(4) : 427-436.
- (14) Verit FF, Verit A, Yeni E. The prevalence of sexual dysfunction and associated risk factors in women with chronic pelvic pain: A cross-sectional study. *Arch Gynecol Obst* 2006 ; 274(5) : 297-302.
- (15) Meana M, Binik YM, Khalifé S, Cohen D. Dyspareunia: Sexual dysfunction or pain syndrome? *J Nerv Ment Dis* 1997 ; 185(9) : 561-569.
- (16) Ayling K, Ussher JM. "If sex hurts, am i still a woman?" The subjective experience of vulvodynia in hetero-sexual women. *Arch Sex Behav* 2008 ; 37(2) : 294-304.
- (17) Khandker M, Brady SS, Vitonis AF, MacLachose RF, Stewart EG, Harlow BL. The influence of depression and anxiety on risk of adult onset vulvodynia. *J Womens Health* 2011 ; 20(10) : 1445-1451.
- (18) Kabat-Zinn J. Mindfulness-based intervention in context: Past, present and future. *Clin Psy Sci Pract* 2003 ; 10 : 144-156.
- (19) Bishop SR, Lau M, Shapiro S, Carlson L, Anderson ND, Carmody J *et al.* Mindfulness: A proposed operational definition. *Clin Psychol Sci Pract* 2004 ; 11(3), 230-241.
- (20) Kabat-zinn J. *Au cœur de la tourmente, la pleine conscience. MBCR, la réduction du stress basée sur la Mindfulness*. De Boeck, Bruxelles, 2009.
- (21) Brotto LA, Heiman J. Mindfulness in sex therapy: Applications for women with sexual difficulties following gynecologic cancer. *Sex Relationship Ther* 2007 ; 22 (1) : 3-11.
- (22) Brotto LA, Basson R, Luria M. A mindfulness-based group psychoeducational intervention targeting sexual arousal disorder in women. *J Sex Med* 2008 ; 5 : 1646-1659.
- (23) Brotto LA., Erskine Y, Carey M, Ehlen T, Finlayson S, Heywood M *et al.* A brief mindfulness-based cognitive behavioral intervention improves sexual functioning versus wait-list control in women treated for gynecologic cancer. *Gynecol Oncol* 2012 ; 125(2) : 320-325.
- (24) Kabat-Zinn J. An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: Theoretical considerations and preliminary results. *Gen Hosp Psy* 1982 ; 4 : 33-47.
- (25) Teasdale JD, Segal ZV, Williams MG. How does cognitive therapy prevent depressive relapse and why should attentional control (mindfulness training) help? *Behav Res Ther* 1995 ; 33 : 25-39.
- (26) Hölzel BK, Lazar SW, Gard T, Schuman-Olivier Z, Vago DR, Ott U. How does mindfulness meditation work ? Proposing mechanisms of action from a conceptual and neural perspective. *Persp Psychol Sci* 2011 ; 6(6) : 537-559.
- (27) Ramel W, Goldin PR, Carmona PE, McQuaid JR. The effects of mindfulness meditation on cognitive processes and affect in patients with past depression. *Cogn Ther Res* 2004 ; 28(4) : 433-455.
- (28) Van Dam NT, Sheppard SC, Forsyth JP, Earleywine M. Self-compassion is a better predictor than mindfulness of symptom severity and quality of life in mixed anxiety and depression. *J Anx Dis* 2011 ; 25(1) : 123-130.
- (29) Schultz WW, Basson R, Binik Y, Eschenbach D, Wesselmann U, Van Lankveld J. Women's Sexual Pain and Its Management. *J Sex Med* 2005 ; 2(3) : 301-316.
- (30) Brotto LA . Mindful sex. *Can J Hum Sex* 2013 ; 22(2) : 63-68.

SUMMARY

Pelvic pain is presented according to four mechanisms, along with its negative impact on sexual and psychological functioning. Mindfulness appears to be a therapeutic response quite indicated to stop the vicious circle of pain, thus enabling a better management of sexual pain while rendering a crucial role to sexual pleasure. Different interventions based on mindfulness are presented in this article.

KEY WORDS

Pelvic pain, mindfulness, treatment, pain, vicious circle

Correspondance :
Mme FRANÇOISE ADAM
Université catholique de Louvain
Doctorante en psychologie et sexologue
Consultante en sexologie chez Sexopositive
Assistante de recherche
à la Faculté de psychologie