

DOULEURS PELVIENNES AIGUES ET CHRONIQUES DE LA FEMME

C. MERGER

DIU d'évaluation et traitement de la douleur UFP et
Université de Strasbourg Octobre 2002

INTRODUCTION

Exposer les algies pelviennes de la femme en une heure, revient à passer en revue toutes les pathologies gynéco-obstétricales. Pour éviter le catalogue, il convient d'en soustraire les douleurs de la grossesse et de l'accouchement ainsi que les douleurs aiguës, ponctuelles relevant de l'urgence chirurgicale. En revanche, il convient d'y ajouter les douleurs du périnée. La douleur pelvienne subaiguë ou chronique avec les ménorrhétrorragies et les leucorrhées sont la raison de la grande majorité des consultations.

Leur fréquence est diversement évaluée de 12 à 20% de consultations gynécologiques, et 33% des femmes consultent un jour, pour algie pelvienne chronique.

- c'est une femme qui consulte. Son pelvis et son périnée contiennent ses organes de reproduction, ses organes sexuels, sous contrôle de biorythmes mensuels. Ils sont investis d'affect considérable, modulés par l'enfance, l'adolescence et la puberté, la sexualité, les grossesses interrompues ou non, la ménopause. Sur cette chronologie physiologique, s'imprime la culture, l'éducation, la

famille et l'école, les croyances religieuses ou non. Ce contexte leur donne une dimension particulière et complexe.

- C'est une femme qui souffre. Cette souffrance pelvienne interpellent le médecin sur le corps et la personnalité. La douleur peut exprimer une maladie ou un mal être qui souvent s'intriquent.

- C'est une femme qui souffre de son ventre. Ce ventre de femme est voué culturellement à une souffrance admise : puberté et premier sang, dysménorrhée, défloration, accouchement. Je souffre « donc je suis une femme... » cette souffrance ne peut être prise en charge que si elle est exprimée. Cette expression est étroitement dépendante de l'offre de soin, très différente selon les pays et les cultures.

VOIES SENSITIVES DU PELVIS ET DU PERINEE

La sensibilité sélective des organes génitaux est connue d'expérience, par tous les gynécologues. Ovaires, trompes, endomètre, endocol, sont très sensibles et toute pathologie s'y rattachant est rapidement douloureuse. Au contraire, exocol, vagin, myomètre (sauf contraction utérine) sont peu sensibles. La peau du périnée est peu sensible au contraire de la vulve dans son site muqueux, jusqu'à l'hymen.

Nerfs de la vie de relation

- nerf obturateur : passe sous la fossette ovarienne. Il innerve les muscles et la sensibilité du 1/3 inférieure de la cuisse.
- plexus sacré : très postérieur, il innerve les muscles de la fesse.
- le nerf honteux interne ou nerf pudental : il se distribue aux organes génitaux et à la périnée.
- Il assure la transmission de l'excitation génitale. Originaire de S2 S3 S4, il court jusqu'au creux ischio-rectal et se divise en nerf dorsal du clitoris et nerf pudental.
- plexus sacro-coccygien : véhicule les douleurs de l'aire coccygienne

Systeme nerveux autonome

- plexus hypogastrique : né de la bifurcation aortique, il forme un cordon plat
nerfs hypogastriques innervant les organes pelviens :
 - pédicule supérieur : utérus, rectum, vessie, uretère.
 - Pédicule inférieur : périnée, vulve, vagin, urètre.
- nerf utéro-ovarien : né du ganglion semi-lunaire, il transmet les douleurs ov
- La voie sympathique est viscéro-sensitive, sa suppression ne modifie ni l'ovu
Les paraplégiques ovulent et accouchent normalement.
- La section du nerf pré-sacré supprime partiellement la douleur pelvienne ch

DOULEURS PELVIENNES AIGUES

1 Grossesse normale

Accroissement du muscle utérin Rétroversion enclavée Etirement
des ligaments ronds Accouchement prématuré

2 Complications gynécologiques

GEU Avortement Fibrome en nécrobiose

3 Infections aiguës

endométrite Annexite Pelvipéritonite génitale

4 Pathologie annexielle

OPK Torsion d'annexe Torsion de kyste ovarien Rupture de kyste Rupture de pyosalpinx avec ou sans hémopéritoine Rupture folliculaire

5 Pathologie de la vulve et du périnée

Abcès : folliculites Bartholinites suppurées Vulvo-vaginites infectieuses Herpès Traumatisme du périnée Allergies Urétrites Thrombose hémorroïdaire Abcès ano-rectal

CAUSES DES ALGIES PELVIENNES CHRONIQUES

GYNECOLOGIQUE

Cyclique

- Imperforation de l'hymen
- Cloison vaginale transverse
- Sténose cervicale
- Malformation utérine
- Synéchie utérine
- Polype(s) de l'endomètre
- Fibrome utérin
- Adénomyse
- Varices pelviennes
- Endométriose
- Ovulation

Non cyclique

- Adhérences
- Endométriose
- Annexites (séquelles)
- O.P.K. et C.J. persistant
- Varices pelviennes
- Cancer de l'ovaire, utérus
- Prolapsus génital
- K.O.

Rythmes atypiques

- Endométriose
- Adénomyome
- O.P.K. et C.J. persistant
- Kyste fonctionnel de l'ovaire

ASPECT CLINIQUE

La consultation nécessite un lent décodage de la douleur exprimée, pour la rattacher à un syndrome commun. L'interrogatoire est déterminant pour la mise en confiance et l'orientation diagnostique.

La qualification verbale de la douleur est variable : pesanteur,

picotement, tremblement, brûlures. L'intensité peut être qualifiée d'atroce, supportable, intense. Le siège de la douleur peut être précis : un côté, irradiant vers le dos, les cuisses, l'anus, ou imprécis : douleur pelvienne diffuse.

Les circonstances de survenues orientent le diagnostic : douleur permanente, rythmées par le cycle et les menstruations. Elles permettent une classification schématique : - douleurs rythmées par le cycle : dysménorrhée, syndrome prémenstruel, etc...., - douleurs provoquées par les rapports sexuels : dyspareunie - douleurs non périodiques sans facteur déclenchant, - L'ancienneté de la douleur, son mode évolutif, l'influence des traitements oriente vers la cause.

Les caractères exprimés de la douleur sont subjectifs et schématiques, mais permettent une orientation pour la prescription des examens. Le caractère subjectif de l'intensité diminue avec l'usage d'échelle de douleur. Le décodage complet de la douleur est un préalable nécessaire à l'examen clinique. L'inventaire des antécédents médicaux doit être complet. En particulier, il faut consulter les CRO et examens anatomo-pathologiques de toutes les interventions abdomino-pelviennes antérieures.

LES DOULEURS CYCLIQUES

Le cycle génital est l'expression régulière et continue des fonctions physiologiques de la reproduction. Il est marqué par l'ovulation et les règles. L'ovulation est précédée par la croissance folliculaire, jusqu'à 20-25 mm de diamètre. La rupture folliculaire libère 5 à 8 ml de liquide dans le péritoine. Cette rupture est parfois légèrement hémorragique et génère alors une douleur. Le follicule se transforme en corps jaune sécrétant la progestérone qui, associée aux œstrogènes, agissent sur les récepteurs périphériques des deux stéroïdes. Ils sont à l'origine du syndrome prémenstruel, avec rétention d'eau et instabilité neuro-psychique.

Schématiquement, la douleur cyclique se manifeste : - à l'ovulation, - avant les règles, - pendant les règles, -

immédiatement après les règles.

1. Douleurs d'ovulation ou inter-menstruelles.

Elles sont fréquentes et affectent 5 à 10% des femmes.

- leur expression est très variable. Parfois passagère, discrète et latéralisée, ou gênante par son acuité et diffuse. Son caractère ponctuel intermenstruel permet de la rattacher à l'ovulation. Située à droite lors d'une 1^{ère} crise, l'appendice doit être écarté.
- Rarement, elle est diffuse accompagnée de météorisme, de troubles urinaires, durant plusieurs jours, cédant avec les règles. Elle peut s'accompagner d'irradiation obturatrice, de petites métrorragies, « spot » de la quinzaine, suivis de mastodynies et de troubles neurovégétatifs prémenstruels. Cette forme aiguë du syndrome ovulatoire s'accompagne souvent de dysménorrhée et de troubles de la fertilité.
- Ils peuvent être récents ou anciens et d'aggravation progressive.
- Une douleur brève et inconstante d'un cycle à l'autre avec parfois une métrorragie, correspond à la rupture d'un gros follicule sur ovaire sain. La métrorragie est liée à la chute brusque et transitoire de l'estradiol circulant.
- Trop de femmes sont opérées d'appendicite ou ont une coelioscopie pour cette pathologie bénigne.
- L'aggravation avec le temps et la répétition à chaque cycle doit évoquer l'organicité :
 - OPK
 - Endométriose de l'ovaire
 - Kyste dermoïde
 - Varicole lombo-ovarien
- Le traitement le plus simple et la prescription d'une contraception orale.

2. Douleurs prémenstruelles

Elles font partie du syndrome prémenstruel, fréquent surtout après 35 ans. Il associe :

- Manifestations congestives :
 - Mastodynie : associant douleur et congestion, hyperesthésie

cutanée, irradiation fréquente dans l'aisselle et l'épaule, parfois asymétrique. L'inspection note une accentuation du réseau veineux sous cutanée. La palpation montre des lobes glandulaires dystrophiques, surtout du prolongement axillaire, réalisant l'aspect clinique de la maladie de Rêclus. Les seins redeviennent normaux après les règles. En cas de persistance de noyaux mastosiques sensibles, il est prudent de faire une mammographie.

- Congestion abdominopelvienne. Elle associe un gonflement abdominal avec pesanteur et tiraillement douloureux. S'y associe parfois des troubles urinaires véritables cystopathies prémenstruelles.
- Rétention aqueuse de degré divers, avec prise de poids pouvant aller jusqu'à 2 kg. La diurèse diminue favorisant les cystites. Les œdèmes du visage sont peu fréquents au contraire des doigts et des chevilles.
- Manifestations neuro-sensorielles : nervosité, agitation, irritabilité, anxiété, insomnie, hyperémotivité, sont fréquent et accompagnés de céphalée. Les migraines cataméniales sont d'intensité variables parfois invalidantes.
- Manifestations viscérales associant :
 - troubles digestifs et biliaires variés.
 - respiratoires et laryngés : enrrouements, asthme, douleur laryngée et pharyngée.
- Autres : trouble de la vue avec intolérance des lentilles de contact, douleur du rachis cervical, poussée d'herpès génital, labial ou anal.

Le syndrome prémenstruel cède avec la survenue des règles. Le traitement est hormonal : En l'absence de besoin contraceptif : progestatif du 16^e au 25^e jour du cycle. Il existe des variations entre individu importantes à la réponse thérapeutique, pour un progestatif donné et selon la nature du progestatif prescrit. En cas de désir contraceptif : - le progestatif doit être prescrit à compter du 5^e jour. - ou donner une pilule à climat progestatif.

Les traitements standards n'existent pas et ils doivent être adaptés à chaque cas en fonction de la réponse.

3. LES DYSMENORRHEES.

Les algoménorrhées accompagnent les règles et parfois les précèdent (20%). Elles durent 1 à 2 jour (60%), mais peuvent accompagner toute la période menstruelle en s'atténuant.

- Fréquentes chez la jeune fille, elles sont primaires lorsqu'elles apparaissent dans les 3 années qui suivent la ménarche.

Les dysménorrhées secondaires surviennent à tout âge, après 18-20 ans, souvent après un événement gynécologique : avortement, chirurgie, violence sexuelle, etc.... l'évolution dépend de la cause.

La douleur a une expression variable, de légère à type de crampe, jusqu'à douleur invalidante, nécessitant l'alitement. Ainsi il est dit que la dysménorrhée est un fait social (perte de 150 millions d'heures de travail, par an, aux USA). Le siège de la douleur est pelvien avec irradiation dorsale, sacrée, le périnée, le vagin, la vessie et souvent tout le ventre.

Souvent spasmodique à type de colique utérine d'expulsion, les paroxysmes ont une fréquence et des irradiations propres à chaque femme.

Elles sont parfois congestives, continues, lancinantes.

Elles s'accompagnent de troubles identiques à chaque cycle : -
digestif : nausées, vomissements, diarrhée. - Nervosité, céphalée, asthénie, lipothymies.

· Le traitement de la dysménorrhée primaire repose : - sur l'entretien rassurant, affirmant la normalité anatomique et physiologique de l'appareil génital. - La prescription d'AINS, associée aux oestroprogestatifs.

· La dysménorrhée secondaire nécessite la recherche et le traitement de sa cause dont la plus fréquente est l'adénomyose mais aussi : fibromes, DIU, polypes, endométriose

4. DOULEURS POST MENSTRUELLES

L'endométriose en est la cause. La douleur est exacerbée par les rapports sexuels et par le toucher vaginal. A la fin des règles les nodules endométriose du Douglas, du col, de la cloison recto-vaginale, des utéro-sacrés sont perceptibles et douloureux. C'est la mise en tension, par le sang, d'espaces tissulaires, clos et l'inflammation qui provoquent ces douleurs post menstruelles.

Le traitement est celui de l'endométriose.

LES DOULEURS PROVOQUEES PAR LES RAPPORTS SEXUELS

La douleur résultant de l'activité sexuelle est à relier à l'épanouissement affectif. Elle a valeur de langage et représente souvent une interpellation du partenaire et/ou du médecin pour une prise en compte d'une sexualité malheureuse.

1. La dyspareunie

La survenue de douleurs au cours de rapports sexuels n'est pas souvent exprimée lors des consultations de gynécologie, si la question n'est pas posée. La dyspareunie peut être primaire, liée souvent à un abus sexuel refoulé, à l'éducation familiale et religieuse et ses interdits, à une première expérience sexuelle malheureuse. Elle nécessite une psychothérapie.

La dyspareunie secondaire survient au décours d'une sexualité non douloureuse. Elle peut être d'origine psychogène en cas de mésentente conjugale. Souvent, elle à une cause organique.

Les caractères de la douleur doivent être précisés : - date d'apparition par rapport aux épisodes génitaux : accouchement, fausse couche, infection génitale, - circonstance de survenue par rapport au cycle génital, aux positions, permanente ou

intermittente, - siège de la douleur : · dyspareunie orificielle : séquellaire de traumatisme du périnée dont l'épisiotomie est la cause la plus fréquente ou post-infectieuse. · dyspareunie profonde : séquellaire d'infection génitale haute, de fibrome, d'endométriose, d'OPK. La cause peut être urologique : cystite chronique, rein pelvien ou osseuse, coccydynies...

Le traitement est celui de la cause pour les dyspareunies secondaires organiques. Par exemple, l'excision ambulatoire, d'une zone cicatricielle douloureuse d'épisiotomie donne des résultats immédiats et durables.

En revanche, le traitement d'une cause organique n'exclue pas la thérapie sexuelle en raison d'une composante psychogène souvent intriqué.

2. Le vaginisme.

C'est une contraction involontaire, invincible, et douloureuse des muscles du périnée, en particuliers des releveurs, associés à celle des adducteurs des cuisses. L'accès au périnée est impossible, empêchant les rapports sexuels.

Le vaginisme peut être primaire et d'origine psychologique (abus sexuels). Secondaire, il est alors organique, et s'apparente à la dyspareunie orificielle (infection, tumeur, traumatisme). Les vaginismes primaires sont souvent de diagnostic tardif et leur prise en charge est psychologique : leur guérison met souvent à jour, une dysfonction sexuelle du partenaire.

3. le syndrome de MASTERS et ALLEN

Décrit en 1955 et repose sur trois éléments : - étiologique : traumatisme obstétrical, - clinique : la rétroversion utérine et l'hypermobilité cervicale, - anatomique : la déchirure du feuillet postérieur et du fascia sous-péritonéal du ligament large.

Son traitement est chirurgical.

DOULEURS CHRONIQUES D'ORIGINE ORGANIQUE

Elles peuvent résulter de toute affection gynécologique organique. Leur description complète avec les formes cliniques et le traitement, fait l'objet des traités de gynécologie.

LES INFECTIONS GENITALES

Elles dominent par la fréquence et leur conséquence pour la santé publique. Elles touchent souvent les adolescents, plus vulnérables que l'adulte, à risque vénérien égal.

- Infections génitales basses (IGB)

Vaginites : les lésions muqueuses sont parfois douloureuses, mais sans douleur pelvienne. Elles doivent être traitées, car elles sont pourvoyeuses d'infections génitales hautes. Cervicites : parfois douloureuses, lorsqu'elle comporte des ulcérations.

- Séquelles d'infection génitales hautes (IGH)

Elles surviennent au décours de salpingites aiguës à pyogènes (gonocoques, enterocoques, colibacilles, streptocoques pathogènes). Ces salpingites ont parfois été méconnues et non traitées surtout avec le chlamydia. L'infection tubaire a entraîné un état inflammatoire et un processus cicatriciel adhérentiel douloureux.

Les explorations en particulier l'endoscopie permet un inventaire lésionnel : - trompe : salpingite chronique hypertrophique, hydrosalpinx. - péritoine : adhérences, brides, coudures tubaires, enchâssement annexiel, fixation utérine aux annexes, à la paroi, effacement du cul de sac de Douglas, rétroversion fixée, adhérences épiploïques et intestinales à l'appareil génital.

La stérilité s'associe aux douleurs et ces séquelles sont pourvoyeuses de GEU et d'ovulation douloureuse.

Le traitement repose sur la coeliochirurgie conservatrice ou multilante associées aux anti-inflammatoires.

L'antibiothérapie n'est pas opérante à ce stade séquellaire ou les germes ont disparus.

DOULEURS DES DIU (2 à 4%)

Elles ne sont pas rares. Le DIU peut être à l'origine d'endométrites chroniques minimales. Mais elles peuvent survenir sans infection. Certaines femmes ont une activité utérine contractile liée à la présence du corps étranger intra utérin tendant à l'expulser. Après avoir éliminé une cause infectieuse et organique, c'est l'ablation du stérilet qui fait disparaître les douleurs. Celles-ci sont parfois liées à l'ancrage d'une branche du stérilet dans le myomètre.

DOULEURS ET TUMEURS PELVIENNES

Le diagnostic est habituellement facile par l'examen clinique et l'échographie.

- Les fibromes La très grande majorité des fibromes ne sont pas douloureux et doivent rendre les interventions chirurgicales mesurées. Les poussées œdémateuses des fibromes donnent des douleurs. Les fibromes compressifs inclus dans le ligament large, deviennent douloureux en prenant du volume. C'est le cas des fibromes sous-muqueux intracavitaires, lorsqu'ils grossissent et occupent la cavité utérine.

- Kystes et dystrophies ovariennes Les kystes de l'ovaire sont souvent à l'origine de douleurs chroniques, non rythmées par le cycle. La douleur provient de la mise en tension du kyste lorsqu'il grossit. Lorsqu'ils sont tissulaires et lourds (dermoïdes) en se proléant dans le Douglas ils entraînent la mise en tension des

méso et parfois des subtorsions douloureuses. Les OPK sont douloureux, non pas par leur volume, mais par hyperproduction de prostaglandines.

Le traitement est simple par la prescription de pilule.

L'ENDOMETRIOSE

C'est une cause fréquente, sous estimée, touchant tous les organes pelviens y compris le péritoine.

Elle est la cause de douleurs chroniques parfois importantes et invalidantes.

Elle résulte de la greffe d'îlots d'endomètres en dehors de la cavité utérine.

Peu évoluée, les douleurs de l'endométriose sont cycliques, contemporaines des menstruations. Evoluée, l'endométriose provoque des lésions inflammatoires des tissus greffés et leurs destructions. A ce stade, les douleurs sont permanentes et importantes. Le traitement repose sur la chirurgie, souvent mutilante et l'arrêt des menstruations par progestatifs, analogue du LH-RH, anti-œstrogène, prescrit en continu, au long cours, au moins six mois.

LES CANCERS

Le cancer du col et de l'endomètre ne sont pas douloureux dans leurs premiers stades de développement. Lorsqu'ils deviennent douloureux, le diagnostic est tardif et le pronostic mauvais.

LES ANOMALIES DE LA STATIQUE PELVIENNE

· **LES RETROVERSIONS UTERINES.** - primitives, elles ne sont pas douloureuses, - secondaires, résultent des séquelles

obstétricales ou infectieuses. Elles peuvent entraîner des douleurs chroniques. Le diagnostic est facile, mais cette facilité ne doit pas conduire à des indications chirurgicales trop souvent excessives.

· **LES VARICES PELVIENNES.** A l'origine de stase veineuse et de congestion pelvienne, elles peuvent être algogènes. Il existe souvent des facteurs intriqués. Il n'y a aucune corrélation entre l'importance d'un varicocèle pelvien et l'intensité des douleurs. Lors des stérilisations tubaires de grandes multipares, il est fréquent de constater des varicocèles très importantes sans aucun retentissement fonctionnel. Les veinotoniques prescrits ont peu d'effet.

LES CAUSES NON-GENITALES.

Elles sont fréquentes, d'origine digestive ou urologique. L'inventaire des causes gynécologiques par l'interrogatoire, l'examen clinique et l'échographie, est parfois négatif. Il faut alors demander une consultation de gastro-entérologie et d'urologie, avant d'indiquer une coelioscopie et à fortiori une intervention chirurgicale.

Lorsque la recherche multidisciplinaire de la cause est restée infructueuse, alors seulement il est autorisé d'évoquer une douleur psychogène.

LES DOULEURS PSYCHOGENES

Elles constituent un syndrome complexe et polymorphe dans ses localisations et l'expression de la douleur.

· **ALGIES PELVIENNES ET HYSTERIE**

Elles constituent l'un des symptômes de la névrose hystérique. Mais toute douleur psychogène ne relève pas de l'hystérie.

« Les sensations physiques sont comme des symboles, des faits psychiques. Dans les symptômes corporels, les représentations

parlent » Freud (étude sur l'hystérie)

Ces représentations sont en rapports avec des événements de la sexualité et de la vie affective. Mais «il n'est pas facile de renoncer à ses symptômes névrotiques ». C'est la raison pour laquelle les algies pelviennes psychogènes sont rebelles. Grâce à ses symptômes qui la font vivre dans l'inconfort physique, la femme trouve une relative quiétude psychologique.

· ALGIES PELVIENNES ET PERSONNALITES PSYCHOSOMATIQUES

Chez ces femmes, les algies pelviennes surviennent à la suite d'un traumatisme psychologique tardif sur un état antérieur constitué. Le choix de la douleur sur les organes génitaux dépend des facteurs de conditionnement : croyances, tabous, habitudes transmises aux filles quant à leurs organes génitaux. L'existence de traumatismes physiques réels, chirurgicaux ou obstétricaux, entre dans la genèse de ces algies inexplicables. Le facteur traumatique vient comme renforçateur ou révélateur d'une souffrance enracinée, préexistante, dans l'unité corps-psychisme.

· ALGIES PELVIENNES PSYCHOGENES ET SEXUALITE

Les douleurs pelviennes surgissant à l'occasion des rapports sexuels, apparaissent comme une résurgence des peurs et des craintes attachées à des événements traumatiques du passé. La personnalité du partenaire introduit, des facteurs qui se conjuguent à ceux de la femme.

La dyspareunie essentielle et le vaginisme ne sont donc pas qu'individuels et nécessitent une thérapie de couple.

Dans la genèse du refus de sexualité et de la pénétration, il existe un sentiment de culpabilité par rapport au plaisir ou à l'insatisfaction vis à vis du partenaire.

· ALGIES PELVIENNES ET SEPARATION BLESSURE PERTE D'OBJET

A la suite de la structuration de l'identité sexuelle de la fille, viennent sa puberté et ses menstruations, puis la défloration et les premiers rapports, ensuite l'accouchement, marqué par le vide après la plénitude de la grossesse. Enfin, vient le temps de la ménopause.

Or nombre de ces femmes souffrantes d'algies pelviennes ont eu une enfance, puis une adolescence, et enfin une vie d'adulte marquée de situation répétée de séparation, de perte d'objet d'amour, de blessures narcissiques. Ce vécu d'insécurité affective conservé dans l'inconscient, finit par faire retour dans le corps au lieu de la féminité. Le désir ayant été impossible, interdit ou dangereux, la vie n'a pu être éprouvé que dans le déplaisir et la douleur.

ALGIES PELVIENNES ET LE MEDECIN

« le corps est un objet qui sert de dépotoir à la vie psychique et qu'on offre au médecin pour le fasciner et le séduire. » P.FEDIDA

Ainsi le médecin, face à une demande de soins pour une douleur pelvienne psychogène, doit louvoyer entre son action thérapeutique et l'aveu d'impuissance. La tentation est forte de faire taire le symptôme par les médicaments ou la chirurgie. Les effets en seront variables. Souvent le traitement n'aura fait qu'écarter la parole du corps. Elle finira par rejaillir ailleurs et plus tard. C'est le déplacement du symptôme.

Cependant, ne rien faire équivaut à détruire une demande spécifique.

Entre l'activisme thérapeutique et l'abstention, la place de l'écoute et de la parole sont bénéfiques. Par la création d'une zone d'échange s'élaboreront des demandes personnelles qui se cachent derrière la douleur, demande qui s'ouvre sur la souffrance.

Lorsque cette attitude de soutien n'est pas suffisante, elle aura permis de mûrir une décision de psychothérapie appropriée.

