

InfoSexoWeb

Les forums	Outils sexologiques pour vous	Publication de thèses
Recherchez	Sondages actuels	Publication d'articles
Références	Liste d'envoi	Parution de publicité
Liens	Commentaires sur le site	Groupe d'études existentielles en sexologie
Chroniques	Écrivez aux Webmestres	Association des Sexologues du Québec
Articles	À propos du site	Regroupement Professionnel des Sexologues du Québec
Thèses	Les Webmestres	

➡ [Recommandez cette page à un ami](#)

InfoSexoWeb, Tous droits réservés, 1996-2009

Faites connaître vos services.
Annoncez sur InfoSexoWeb.

Nos visiteurs sont intéressés par vos services!

Auteur : Mireille Laurence

Titre : Analyse du vécu relationnel et sexuel d'un couple suite à un traumatisme crânien chez un des deux partenaires.

Section : Chapitre V : applications cliniques



L'intérêt des chercheurs pour les traumatismes crâniens étant récent, il n'existe pas à ce jour de plan de traitement spécifique aux crânio-traumatisés. Toutefois, les recherches portant sur les séquelles conjugales et sexuelles de cette affection médicale fournissent un point de départ dans la détermination des besoins de ces personnes lors d'un traitement sexologique (Blackerby, 1990). Ainsi, devant l'évidente nécessité d'un support approprié et ce, autant pour la victime que pour son conjoint, nous avons décidé de suggérer un modèle d'intervention thérapeutique. Nous avons établi ce modèle à partir de notre expérience clinique, tout en nous appuyant d'écrits. Des exemples d'outils pouvant être utilisés auprès de cette clientèle, ainsi que les rôles du thérapeute et les buts visés par la démarche sont inclus à l'intérieur de ce chapitre. Il s'agit donc de pistes pouvant permettre aux sexologues cliniciens de répondre le plus adéquatement possible aux besoins des blessés et de leur conjoint. Mentionnons que ce modèle est présenté à titre indicatif et que son adaptation en fonction des caractéristiques de chaque victime est nécessaire, chaque personne étant unique.

Modèle d'intervention thérapeutique

1. ÉVALUATION

Selon nous, l'évaluation d'un couple dont l'un des membres a subi un traumatisme crânien devrait comprendre une investigation approfondie, entre autres, de ces éléments:

- +Évaluation de la motivation à demeurer en couple avec la victime.
- +Évaluation de la nature et de l'intensité des séquelles attribuables au traumatisme.
- +Évaluation de la dynamique relationnelle existante préalablement à l'événement traumatique.

Sachs (1991) considère d'ailleurs que le succès thérapeutique avec cette clientèle ne peut être atteint sans une bonne compréhension du système conjugal qui existait avant le traumatisme et de l'impact de ce traumatisme sur cette structure. La compréhension des dynamiques individuelle et conjugale existantes avant le trauma s'impose d'autant plus considérant que les

problèmes vécus suite à un trauma étaient souvent présents avant celui-ci. En fait, Griffith et Lemberg (1993) croient que, dans plusieurs cas, le traumatisme ne fait qu'accentuer les problèmes.

+Évaluation de la dynamique relationnelle actuelle.

+Évaluation de la dysfonction sexuelle.

Afin d'obtenir l'anamnèse nécessaire à la compréhension de la dysfonction sexuelle, il est préférable que le conjoint non blessé soit présent à toutes les entrevues, car les déficits au niveau de la mémoire et du langage peuvent empêcher la victime de bien relater les faits. Lorsque la victime a une faible capacité de concentration, plusieurs rencontres sont à prévoir afin d'obtenir l'historique de la dysfonction sexuelle (Griffith et Lemberg, 1993). Pour sa part, Ferrey (1995) considère que ce qui importe réellement est de faire confiance à la subjectivité de l'individu, c'est-à-dire à son vécu et à sa réaction face aux douleurs et aux changements vécus.

+Évaluation de la personnalité prémorbide de la victime.

Considérant que le traumatisme crânien a souvent pour effet d'exacerber les traits de personnalité de la victime, nous croyons que l'évaluation de la personnalité prémorbide peut aider le thérapeute à comprendre la situation actuelle.

Encore une fois, il importe de questionner le conjoint sur les goûts et le caractère de la victime avant le trauma, cette dernière pouvant avoir des difficultés mnésiques.

+Évaluation neuropsychologique afin que la condition de la victime soit évaluée adéquatement.

2. INFORMATIONS

Donner de l'information aux clients sur les diverses séquelles d'un traumatisme crânien constitue un point central selon nous lors d'une démarche thérapeutique. En fait, nous pensons que les informations données favorisent chez les clients une compréhension de leur situation. Nous croyons également que le fait d'être renseigné sur la problématique augmente la collaboration lors du traitement. De plus, la connaissance des séquelles peut amener une réduction des conflits conjugaux, les partenaires étant davantage conscients de ce qui se passe entre eux. En fait, nous pensons, tout comme Gronwall, Wrightson et Waddell (1990), que l'ignorance fait souffrir autant la victime que ses proches par l'augmentation de leur frustration et de l'anxiété. Encourager les proches à lire sur les traumatismes crâniens afin qu'ils réalisent qu'ils ne sont pas les seuls à vivre une telle situation est donc suggéré (Zeigler, 1987). Nous considérons que le recours à des organismes travaillant auprès des victimes peut également constituer une source de support et d'aide, autant pour la victime que pour le conjoint.

Selon Lezak (1978), les proches doivent aussi savoir qu'ils ne peuvent faire beaucoup afin de changer la victime. Ils ne doivent donc pas se sentir coupables si leurs interventions ne résultent pas en améliorations.

D'autre part, le thérapeute doit encourager les proches à s'occuper d'eux à prime abord s'ils veulent être capables d'apporter des soins de qualité à la victime. D'ailleurs, Lezak (1978) considère que le but ultime d'une démarche thérapeutique consiste à apprendre aux proches à respecter leurs besoins, tout en prodiguant adéquatement des soins à la victime.

Il est aussi important d'aviser les proches d'une victime de traumatisme crânien que leurs émotions (ex: colère, frustration, tristesse, détresse, etc.) sont naturelles et normales, même lorsque la victime ne présente que des séquelles légères ou modérées. En fait, les informations apportées par le thérapeute devraient permettre aussi de rassurer les proches sur les difficultés qu'ils rencontrent en les normalisant.

En plus de fournir des informations sur les conséquences d'un traumatisme crânien, nous pensons que de faire de l'éducation sexuelle sur les bases physiques et psychologiques de la sexualité est une partie importante de la démarche auprès de ces couples. Ainsi, les clients peuvent bien comprendre en quoi il est indéniable que le traumatisme crânien ait favorisé l'émergence de difficultés sexuelles. En fait, le thérapeute doit insister sur le fait que les désordres sexuels font parties des séquelles du traumatisme.

Price (1988) croit également qu'il est important de démystifier la conception selon laquelle les personnes «handicapées» n'ont pas de relations sexuelles. Dans le même sens, il est important d'insister auprès des conjoints sur le fait qu'il n'est pas «anormal» de vivre des contacts sexuels avec une personne «handicapée». En fait, il remarque que plusieurs couples ne requièrent qu'une permission empathique pour reprendre leurs activités sexuelles.

De plus, afin que les clients aient des attentes réalistes face à la démarche, nous croyons que le thérapeute doit leur faire part que les résultats thérapeutiques obtenus ne sont que rarement proportionnels aux efforts déployés. Aussi, Lezak (1978) croit que le professionnel doit inciter les proches à comparer l'état actuel du blessé à son état quelques mois auparavant, plutôt qu'à l'état qu'il avait avant l'accident. En fait, ils doivent savoir que, malgré une démarche qui pourrait s'avérer longue, leur relation conjugale et leur sexualité ne pourront être comme avant.

3. COMMUNICATION

Suite à notre expérience et à nos lectures, nous croyons que tout processus thérapeutique auprès des couples dont l'un des membres a subi un traumatisme crânien devrait comprendre un travail au niveau de la communication entre les conjoints. En effet, l'amélioration de la communication peut favoriser un rapprochement entre les partenaires, ceux-ci arrivant à se comprendre davantage. Aussi, la résolution de problèmes devrait être apprise. En fait, la qualité de vie conjugale ne peut qu'être améliorée lorsque chacun des conjoints arrive à mieux exprimer ses besoins et ses frustrations. Mentionnons qu'avec cette clientèle, il est préférable que le travail s'effectue à partir d'un problème précis et que chaque difficulté soit travaillée séparément afin de limiter la confusion chez la victime. Ainsi, les probabilités d'obtenir des résultats positifs sont augmentées. Enfin, il est évident que chaque thérapeute doit adapter son plan de traitement en fonction des difficultés présentées par ses clients. Toutefois, nous pensons qu'il est essentiel qu'un travail au niveau de la communication soit effectué avant que la dimension sexuelle ne soit abordée.

4. SEXUALITÉ

Tout d'abord, les couples ont besoin d'assistance dans la restauration d'un certain équilibre dans l'expression des gestes d'affection (ex: baisers, caresses, mots doux, etc.), car ceux-ci diminuent, voire disparaissent, sous les multiples préoccupations s'ils ne sont pas encouragés (Blackerby, 1990). La restauration d'un certain niveau d'intimité entre les conjoints doit donc être visée. Pour ce faire, ils doivent se redécouvrir en tant que partenaires sexuels, leurs besoins respectifs ne pouvant être répondus comme avant. Ils doivent donc apprendre de nouvelles façons de se procurer mutuellement du plaisir. Selon nous, ce réapprovisionnement peut se faire par le biais des exercices de focalisation sensorielle. De plus, nous croyons que la prescription de ces exercices favorise la participation de la victime lors des rapprochements physiques.

Outils

Selon nous, l'exploration d'outils pouvant permettre de contrer certaines conséquences négatives du traumatisme crânien devrait faire partie de toute démarche thérapeutique entreprise auprès de cette clientèle. En effet, comme le traumatisme crânien a provoqué l'émergence de nouvelles limites chez la victime, il importe de mettre en place des stratégies de remplacement, c'est-à-dire des moyens de faire les mêmes choses qu'auparavant, d'une manière différente.

Pour notre part, nous avons privilégié l'utilisation de papier et de crayons afin de contrer les pertes de mémoire. Ainsi, les ententes prises par rapport à un sujet épineux étaient écrites, tout comme les dates d'événements importants.

De cette façon, il était impossible pour chacun des conjoints d'évoquer un oubli pour repartir une discussion ou planifier une autre sortie pour le même soir. Aussi, afin de favoriser l'écoute, Gisèle avait le droit d'écrire ses idées sur papier avant de les oublier plutôt que d'interrompre Clément.

En ce qui concerne l'isolement, nous avons travaillé à la diminuer par l'organisation d'activités moins fatigantes pour Gisèle. Par exemple, plutôt que d'inviter des amis à la maison pour le souper, ils les invitaient pour prendre le café et le dessert ensemble. Afin de réduire davantage le stress et la fatigue que peuvent impliquer le fait de recevoir, Clément et Gisèle achetaient le dessert plutôt que de le faire.

Au niveau de la sexualité, les stratégies de remplacement se sont traduites par un changement au niveau des pratiques sexuelles. En fait, ils ont développé une sexualité avec davantage de caresses. Un changement de position lors des rencontres sexuelles peut aussi être un moyen de contrecarrer certaines séquelles physiques du traumatisme crânien. En ce sens, Price (1988) suggère l'utilisation d'oreillers et de murs pour augmenter l'équilibre ou suggérer des positions telles en «cuillère» (la femme et l'homme sont couchés sur le côté, les genoux fléchis et leurs corps sont imbriqués) pour diminuer la dépense d'énergie et maintenir une certaine stabilité. Par ailleurs, dans les cas où le trauma a provoqué des pertes sensorielles, il importe d'encourager le partenaire à caresser la victime aux endroits où la perception des sensations est intactes (Price, 1988).

En fait, nous pensons que la démarche thérapeutique doit favoriser la découverte de moyens palliatifs aux limites engendrées par le traumatisme crânien. Par la suite, un travail d'intégration des nouveaux outils doit être fait à l'intérieur de la thérapie.

Nous suggérons, en terminant, qu'un suivi thérapeutique à intervalles réguliers soit fait afin de favoriser le maintien des acquis, les pertes de mémoire pouvant nuire à ce maintien.

Rôles du thérapeute

Tout d'abord, nous pensons que le thérapeute doit conserver en mémoire qu'un traumatisme crânien est survenu. En tout temps, il doit donc tenir compte des séquelles, car elles sont bien réelles. Il doit également, en tant que thérapeute, s'intéresser à la plainte de chacun, tenter de les conseiller, les écouter et leur expliquer la nouvelle situation dans laquelle ils se trouvent (Ferrey, 1995). En fait, le professionnel doit aider la clientèle à faire face aux changements occasionnés par l'accident (Gronwall, Wrightson et Waddell, 1990). Aussi, bien que les victimes puissent avoir tendance à adopter des comportements enfantins, le thérapeute doit

éviter de voir le blessé comme un enfant. En fait, nous croyons que le thérapeute a plutôt le rôle d'encourager la victime à regagner une certaine indépendance.

Buts visés

Selon Lezak (1978), la thérapie peut aider la victime et son entourage à vivre moins de stress par rapport à la situation occasionnée par le traumatisme crânien, tout en augmentant leur niveau de satisfaction générale. En fait, le processus thérapeutique doit offrir, entre autres, la possibilité aux clients d'exprimer leurs frustrations et leurs mécontentements, tout en recevant du support (Lezak, 1978).

Quant à nous, nous pensons qu'un des buts visés devrait être l'augmentation de l'autonomie de la victime. En effet, il nous a été permis de constater avec le couple étudié que l'acquisition d'une certaine autonomie a contribué à augmenter l'estime de soi de Gisèle. En effet, le fait de réaliser seule des activités a permis à Gisèle de se sentir compétente. Ayant davantage confiance en ses capacités, elle sollicitait moins la présence de son conjoint, ce qui laissait davantage de temps libre à Clément. Il s'est alors senti moins pris et moins surveillé, ce qui lui rendait la présence de Gisèle plus agréable. De cette façon, il s'offrait lui-même d'accompagner Gisèle dans ses déplacements. Les offres de Clément démontraient à Gisèle qu'il désirait sa présence. Gisèle a donc commencé à se sentir rassurée quant à l'attachement de Clément envers elle. À son tour, la jalousie a diminué, ce qui a provoqué une diminution des conflits. La qualité de vie conjugale des deux partenaires a donc augmentée.

En fait, nous pensons que les buts généraux visés par une thérapie sexologique de couple devraient être l'augmentation de la satisfaction conjugale et sexuelle, tout en tenant compte de la réalité engendrée par le traumatisme crânien.

En bref, il est clair que les services d'un sexologue clinicien intervenant au niveau conjugal peut être bénéfique pour les victimes d'un traumatisme crânien, ainsi que pour leur conjoint. Une telle démarche devrait, entre autres, inclure de l'information sur l'impact d'un traumatisme crânien, de l'éducation sexuelle, un entraînement à la communication, un travail sur la sexualité et du counseling. En tant que sexologue clinicien intervenant auprès de cette clientèle, il importe de garder en tête que le trauma n'a pas évolué dans le temps, qu'il est plutôt survenu (Sachs, 1991). Certains problèmes ne se sont donc pas développés progressivement, ils sont apparus. D'autre part, le thérapeute qui désire travailler auprès de cette clientèle ne doit pas oublier que le traitement se fait à long terme et que les changements sont très graduels (Griffith et Lemberg, 1993).

L'adaptation sexuelle post-traumatique peut d'autant plus être compromise par la tendance des sujets à être irrités, frustrés, agressifs et impulsifs (Price, 1988). Malgré une démarche longue et difficile, l'amélioration des capacités relationnelles et sexuelles est importante, voire nécessaire au recouvrement d'une certaine qualité de vie selon Blackerby (1990).

En terminant, bien qu'il nous soit impossible en tant que professionnel de la santé sexuelle de travailler directement les diverses séquelles présentes chez les victimes d'un traumatisme crânien (ex: pertes de mémoire, problèmes de concentration, etc.), il est dans notre pouvoir d'intervenir auprès de cette clientèle en respectant leurs limites, tout en exploitant leurs capacités afin de maximiser les résultats thérapeutiques.



Tout un spectre d'idées dans nos forums

Visitez nos forums de discussion.

Retour à l'accueil d'InfoSexoWeb

hit.parade

Hebdotop
//Code obsolète

✘ annuaire