

MALADIES PSYCHIATRIQUES ET SEXUALITÉ

Docteur Édouard Beltrami, FRCP(C)^{21*}

I. Perte de contact avec la réalité: schizophrénie et paranoïa

A. Schizophrénie

1 Phase prodromique

Plusieurs études ont montré que pour une proportion de 25% à 40% il y a une augmentation des activités sexuelles avant que la crise schizophrénique éclate. Cela est aussi vrai des femmes que des hommes.

2 Phase active

La majorité de ces patients sont capables d'atteindre les quatre phases de la réponse sexuelle. Néanmoins les cliniciens prétendent qu'ils ont moins de plaisir que les normaux. Cela n'a pas été substantié par des études scientifiques. Par contre la recherche montre des passages à l'acte sexuel inappropriés plus nombreux que pour la population générale. Les mariages sont moins stables, les divorces plus nombreux. Il y a plus de grossesses illégitimes.

B. Paranoïa

La plus courante des réactions délirante est la réaction paranoïde. Dans cette affection, contrairement à la schizophrénie paranoïde, la personnalité entière n'est pas touchée. L'individu, quand il ne délire pas, paraît et fonctionne normalement. Habituellement, le délire n'est pas, ouvertement, à contenu sexuel. L'individu peut se sentir poursuivi par la pègre, avoir l'impression qu'il est influencé par des extra-terrestres ou des rayons cosmiques.

Ces délires affectent la vie de travail, la vie familiale et la vie de couple. Il est important qu'un bon traitement antipsychotique spécifique soit institué aussitôt que possible. Cela est difficile car le patient est déjà méfiant et a peur d'être empoisonné. De plus, la théorie freudienne prétend que la peur d'une homosexualité latente est à l'origine de cette psychose.

1 L'érotomanie

Cette forme de délire paranoïde particulier, consiste à croire qu'une personne, ou plusieurs, sont en amour avec le sujet. Cela arrive souvent de patientes qui s'imaginent que leur thérapeute est en "amour avec" elles. Il est important de pouvoir diagnostiquer cette condition, de la dédramatiser en attendant que la médication appropriée fasse effet. Cette condition peut avoir une étiologie organique: une épilepsie temporale des deux lobes.

2 La jalousie pathologique

Il s'agit d'un délire dans lequel une personne a l'impression que son(sa) conjoint(e) le(a) trompe. Il y a une exagération délirante de tous les menus faits de la vie quotidienne, ainsi qu'une interprétation abusive. Des formes non délirantes de jalousie pathologique peuvent se retrouver chez des névrotiques quand leurs défenses habituelles, cèdent sous l'effet du stress. Cela arrive plus souvent quand l'individu est privé de plaisir ou qu'il se trouve dans une

isolation sociale. Tout ce qui contribue à restaurer cet équilibre va aider à éliminer cette jalousie pathologique.

3 Indication du traitement sexologique

Le traitement sexuel est rarement indiqué dans de tels cas, car les besoins sont multiples et plus globaux. Il faut éviter de faire naître chez ces individus, ou leur partenaire, de faux espoirs. Nous avons observé plusieurs décompensation chez des individus ayant participé en couple à un traitement sexuel. Certaines attentes créées par la sexothérapie, servent de base à un délire qui complique plus la situation qu'elle ne l'améliore.

Malgré ces difficultés des cliniques (Loyola Sexual dysfunction Clinic, Chicago), (Renshaw et cols., 1987) et thérapeutes privés (Hartman et Fithman, 1987) considèrent que la sexothérapie peut être un apport positif si elle est faite en conjonction avec d'autres traitements.

Par contre, une thérapie de clarification faite par la personne qui prend charge de la maladie psychiatrique, peut aider à resituer ces personnes dans la réalité.

4 Impact de la médication sur la sexualité

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. 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

Le "Mellaril" (Thioridazine) a une action particulièrement calmante sur la sexualité, et par son action sur les ions de Zinc peut amener des troubles de spermatogenèse (Peterson, 1975) ou d'éjaculation.(retard ou absence). James (1982) a trouvé que 60% des hommes sous cette médication avaient des dysfonctions sexuelles. Mais il mentionne également que cette même médication peut aussi être utilisée pour traiter des problèmes sexuels comme l'éjaculation précoce ou la délinquance sexuelle !

II. Les réactions affectives

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

Un des symptômes majeur, qui se retrouve dans les tests de dépression est 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)

C. Phase de rémission et après un traitement

Depuis l'avènement du traitement au Lithium et une meilleure connaissance des antidépresseurs, bien des cas considérés comme intraitables peuvent enfin mener une vie agréable. Aucun traitement sexologique, en dehors de clarification et de support, ne sera vraiment utile tant que la phase aiguë n'aura pas été traitée. D'ailleurs les recherches confirment qu'à long terme, les individus traités ont une bonne adaptation sociale et une vie maritale aussi stable que des témoins normaux.

D. La dépression involutionnelle

L'ancienne classification psychiatrique faisait une classe à part de cette entité. On postulait qu'il s'agissait d'une forme particulière de dépression arrivant vers la fin de la quarantaine et liée au départ des enfants de la maison. La recherche montre qu'il n'y pas plus de dépression à ce moment de la vie. Pour la plupart de femmes ce n'est pas l'occasion d'une crise mais bien au contraire le départ des enfants s'accompagne d'un sentiment de soulagement et d'amélioration de la vie conjugale. De nos jours on considérerait donc qu'une dépression arrivant à cet âge, serait en fait compliquée par les changements physiologiques et hormonaux du climatère ou de la ménopause.

E. Dépression et contact érotique avec le thérapeute

Quand nous parlons de travail corporel, nous mentionnons, des massages avec le partenaire habituel, dans l'intimité, des exercices de respiration et même des activités sportives structurées comme un entraînement aérobic. Certains médecins et psychiatres ont poussé le zèle à donner eux-mêmes des contacts physiques à leur cliente, sous forme de massages, caresses, ou même de relations sexuelles complètes.

Ces formes de traitements sont considérées comme non éthiques par l'association américaine des sexologues ainsi que par notre collège des médecins. La raison essentielle en étant qu'il est difficile d'être juge et partie en même temps. A la rigueur Masters propose que ceux qui sont convaincus du traitement érotique, le fasse faire par un cothérapeute qui n'a pas la responsabilité des décisions du traitement.

Mais l'argument principal est que les femmes qui acceptent cette forme de traitement sont en majorité déprimées. Les thérapeutes sont le plus souvent en manque d'activités sexuelles et peuvent être soupçonnés d'agir plus pour satisfaire leurs besoins que ceux de leur cliente. Après une courte période où la cliente est valorisée d'être choisie pour cette forme de traitement plus enveloppante, la relation s'estompe et une recrudescence de la dépression se manifeste. Cela est d'autant plus grave que le thérapeute qui est censé supporter devient une source de conflit. La cliente ne sait à qui demander de l'aide, sa dépression est plus grave qu'au début de traitement. Les données de recherches montrent bien le non fondé de cette procédure.

III. Réaction hystérique

A. Réactions anxieuses liées à la sexualité DSM-III-R=302.79

L'angoisse ou l'anxiété peuvent être les manifestations de la réaction névrotique. Ces deux craintes vont paralyser l'individu et l'empêcher de jouir de nombreuses activités normales de la vie. Si l'on accepte le fait que souvent la symbolique inconsciente est sexuelle, on ne s'étonnera pas de voir la sexualité la première touchée par cette angoisse. L'individu s'empêche des activités normales car il a peur, s'il s'y adonne, de l'angoisse qui va le submerger.

Il ne faut pas confondre cette anxiété névrotique avec l'anxiété de performance, dont parlent les sexologues et qui peut arriver à tout être humain une fois qu'il a eu un échec et qu'il craint que cela se reproduise. Quoiqu'il en soit Hélène Singer Kaplan considère que dans les difficultés sexuelles de l'excitation, l'anxiété est toujours la composante terminale essentielle.

1 Aversion sexuelle versus manque de désir sexuel

Kaplan (1987), isole ces phénomènes du manque de désir. Certaines femmes, ont du désir sexuel, peuvent se masturber et atteindre l'orgasme, mais ne peuvent supporter d'être touchée par tout partenaire. D'autres sont indifférentes à des touchers ou activités sexuelles, n'en éprouvent que de l'ennui. Il y a donc une distinction entre le manque de désir et l'aversion sexuelle.

De plus ce qui a frappé cet auteur, est la fait que 25% des patientes souffrant d'aversion sexuelle, correspondaient également aux critères diagnostiques pour la condition de **l'état de panique**.

2 Phobies sexuelles

Une femme peut aimer un grand nombre de conduites sexuelles, en éprouver du plaisir, mais certaines activités comme la pénétration, sont l'objet d'une crainte phobique avec des comportements d'évitement comme on en trouve dans les phobies. Mais tant que l'évitement est permis, l'anxiété peut baisser et permettre une sexualité agréable.

Dans les cas les plus légers, ces femmes peuvent passer par dessus leurs craintes anticipées et finalement devenir excitées et atteindre l'orgasme. Mais le renforcement positif créé par ce dernier n'est pas suffisant pour permettre de faire disparaître cette phobie.

Pour les phobies plus intenses, l'anxiété est telle qu'elle coupe cette femme des sensations érotiques. Elles peuvent être détachées ou parfois hostiles et agressives de ne pas avoir de plaisir comme leur partenaire en ont. Parfois elles jouissent de l'intimité que les relations leurs donnent et du plaisir qu'elle procurent à leur partenaire.

Quand la pathologie est plus forte, elles ne peuvent se détacher de l'expérience qui est vraiment désagréable et la supportent jusqu'à la fin comme on le ferait sur la chaise du dentiste.

Dans la crainte d'être placées dans ces situations (anxiété anticipatoire), ces femmes utilisent toutes les techniques possible d'évitement et si elles sentent approcher les relations voient

monter en elle une **anxiété anticipatoire** de plus en plus grande au fur et à mesure que l'on s'approche du moment redouté.

3 États de panique

Dans ces cas, la situation sexuelle déclenche une véritable panique avec une décharge autonome typique: sentiment de terreur, palpitations, difficulté de respiration, palpitations cardiaques. Parfois il y a aussi une faiblesse, une dissociation, des phénomènes de dépersonnalisation, de l'amnésie, et une perte de conscience.

Ces patientes n'ont donc non seulement pas de désir mais présentent une forte répulsion qui peut aller jusqu'à la nausée ainsi qu'une véritable "douleur psychique" intense qu'elles veulent fuir par tous les moyens.

B. Symptômes de la réaction hystérique

1 Symptomatologie classique

Au temps de Freud et Charcot l'hystérie consistait essentiellement en trois symptômes principaux: des paralysies et contractures, des pertes de connaissance et des convulsions. Le diagnostic différentiel devait se faire avec l'épilepsie.

2 Symptômes liés à la structure hystérique

Une revue de la littérature psychanalytique par Hojer-Pedersen (1965) sur la personnalité hystérique relève plutôt une structure caractérielle plus que les symptômes classiques. Ces personnes ont tendance à rendre théâtrales leurs moindres actions, à érotiser constamment les relations avec les hommes, à provoquer la jalousie chez les femmes, et présenter une insatisfaction telle que le psychanalyste français Green prétendait qu'elles souffraient "d'avoir le désir du désir insatisfait". Leur sexualité est superficielle, inadéquate, pleine de nombreuses aversions et en contraste avec les nombreux messages érotiques qui sont lancés aux hommes.

C. Données de recherche

1 Maladies physiques de conversion

Ces considérations cliniques et poétiques pourraient n'être que des beaux mythes pseudoscientifiques. Voyons ce que la recherche nous apporte comme données plus substantiées. L'association entre la personnalité hystérique et les maladies physique de conversion se montre prouvée par la recherche.

2 Relation avec la personnalité antisociale

Une forte proportion des jeunes filles diagnostiquées comme hystériques avant 18 ans deviennent par la suite des caractères antisociaux. De plus la majorité des individus qui sortent de prison se retrouvent tôt ou tard entourés de personnalités hystériques. Eysenck par des tests psychologiques a trouvé qu'en fait il y avait chez ces personnalités, plus de traits de passage à l'acte que des traits d'inhibition névrotiques.

3 Intelligence

Alors que l'on considérait que ces personnes étaient intelligentes, et d'excellentes candidates pour des psychothérapies d'orientation analytiques, la recherche montre qu'en fait elles sont moins intelligentes que la majorité. Leur séduction leur fait côtoyer des hommes appartenant à des élites intellectuelles, artistiques, politiques ou psychanalytiques, leur permettant d'utiliser, sans le comprendre, un vocabulaire sophistiqué, donnant ainsi l'impression d'intelligence. Comme une autre recherche montre qu'on est porté à surestimer l'intelligence des gens plus beaux, même des spécialistes en sciences humaines s'y laissent prendre. L'avènement des femmes dans les milieux médicaux permettra, nous l'espérons de corriger ce biais nuisible.

IV. Réaction obsessionnelle

A. Personnalité adulte obsessionnelle

L'individu qui aura cette affection montre une forte ambivalence, des ruminations qui oscillent entre des fantasmes de plaisir ou de sexualité et des compulsions d'ordre et de propreté. Ce n'est que s'il obéit à certains rituels qu'il se verra délivré de son anxiété qui le guette constamment. Il fuira le plaisir bien qu'en gardant une profonde nostalgie. Voir le plaisir des autres peut faire naître chez lui une rage parfois débordante. Sa personnalité sera marquée par une fierté et un certain orgueil, un mépris mal caché pour les autres surtout quand ils ne se plient pas aux lois qui le dirigent lui-même. Il tient son entourage dans la soumission, sans comprendre leur révolte. Son ambivalence peut lui faire dire, aimer énormément sa partenaire et, la minute suivante la dévaloriser, l'humilier. Il va parfois lors d'une crise de rage jusqu'à la frapper. Son goût de la rétention et de l'épargne va le pousser à accumuler dans le domaine matériel au détriment de ses besoins émotionnels et ceux des autres auxquels il est aveugle.

B. Influence sur la vie de couple

Les conséquences des traits de personnalité mentionnés sont désastreuses sur la vie de couple. Tel patient d'origine européenne, le lendemain de sa nuit de Noce exige de sa femme qu'elle se lève à cinq heures du matin afin qu'il trouve ses chaussures cirées à son réveil ! Un autre offre des fleurs le jour d'une rencontre avec une nouvelle partenaire mais passe le reste de la soirée à se plaindre de leur coût. Les critiques hautaines faites au caractère ou au corps de la partenaire créent un climat d'anxiété peu propice aux échanges sexuels. Mais les exemples plus fréquents touchent encore plus directement la sexualité. Un patient qui réveille sa femme à quatre heures du matin car le vidéo pornographique qu'il regarde dans la pièce voisine provoque une excitation qu'il veut satisfaire sur le champs. Il est étonné d'avoir perdu son érection et consulte son médecin de famille pour impuissance. Il ne se rend pas compte qu'il a soulevé une grande hostilité chez sa femme. Resté aveugle à ce sentiment humain normal il s'étonne qu'il puisse y avoir une relation entre cette interaction et son impuissance.

Cet aveuglement aux sentiments humains, l'incapacité de voir la relation qu'il y a entre une érection et le climat émotionnel qui l'entoure, expliquent de 30% à 50% des impuissances après 45 ans. En effet jusqu'à la trentaine, l'impact de la testostérone sur l'homme est tel qu'il peut "faire l'amour" avec des partenaires renfermées, hostiles ou enragées comme lors d'un viol. Mais le fait qu'il n'y a pratiquement plus de viol après l'âge de trente ans montre bien que cette force aveugle disparaît après trente ans. Pour les hommes non névrotiques, les sentiments humains, le savoir faire et l'expérience viennent compenser cet état de choses. Les autres continuent une sexualité mécanique, mais leurs réflexes conditionnés s'épuisent peu à

peu pour s'éteindre vers la quarantaine avancée, ce qui fait croire à tort que c'est à cet âge qu'il y a un déclin qui en fait commence bien avant.

C. Influence sur la réponse sexuelle

L'insistance sur le pouvoir et les biens matériels plutôt que le plaisir, le refus des jeux érotiques sous prétexte qu'ils ne "mènent à rien", le refus de se laisser aller à des sensations sensuelles comme de s'allonger sans rien faire sur une plage, sous prétexte que c'est "du temps perdu", mènent vite à une insensibilité corporelle. L'éjaculation commence à devenir plus mécanique, moins agréable pour aboutir à une éjaculation anhédonique (sans plaisir). Une éjaculation retardée (qui demande un véritable effort pour apparaître au point que le sujet est en sueurs) est fréquente. Au début l'individu en est très fier car cela flatte son sens de la performance. Il calcule en minutes le temps de ses pénétrations, sans tenir compte du plaisir que cela apporte, à lui, ou à sa partenaire. Plus tard peut s'installer une anorgasmie masculine secondaire (même l'éjaculation devient impossible).

Devant un individu, au dessous de la trentaine, qui manifeste d'une manière habituelle et constante, une anhédonie éjaculatoire avec un retard d'éjaculation, il faut d'abord soupçonner une étiologie organique, et dans la négative rechercher la possibilité de caractère obsessionnel.

Sans doute à cause de la dynamique développementale à laquelle nous avons fait allusion, la constipation est plus fréquente chez ce genre de caractère. Cela peut amener un spasme anal qui reflète l'état de tension général de l'individu. Ce spasme amène une mauvaise circulation dans la région anale favorisant à son tour des fissures anales, des hémorroïdes ou autres conditions rectales qui compliquent à leur tour la sexualité ou donnent lieu à des rituels obsessionnels.

V. Maladies psychosomatiques

Nous avons vu à propos des névroses que la conversion produit un symptôme appelé fonctionnel car il n'atteint pas l'intégrité biologique de l'individu. Par contre, toute maladie psychosomatique produit des changements médiatisés par le système nerveux autonome et détectables par des instruments médicaux.

Au départ, ces maladies étaient essentiellement considérées comme n'ayant pas d'incidence psychologique. Par la suite on s'est aperçu qu'elles étaient en fait augmentées par le stress ou les situations de vie. Les symptômes provoqués sont par exemple: l'ulcère d'estomac, la colique ulcéreuse, l'angine cardiaque, l'asthme, l'eczéma, les migraines et les maladies de peau non infectieuses. Dans tous ces cas il y a des lésions ou des changements physiologiques observables par les appareils médicaux.

A. Symbolique du malade psychosomatique

1 Pensée opératoire:

Malgré les travaux très poussés des psychanalystes tel que Alexander, il a été difficile de véritablement assigner une signification particulière aux symptômes psychosomatiques ou de déterminer pourquoi tel organe était touché plutôt que tel autre. On semblait dans une impasse.

Il est tout à l'honneur de l'équipe de psychanalystes français: Marty, Fain et De M'Uzan, d'avoir relancé le débat par leur concept de "Pensée opératoire". Cette équipe s'était aperçu qu'à moins de forcer la réalité dans des concepts préétablis, il était difficile d'assigner une signification particulière aux maladies psychosomatiques.

On trouvait au contraire un vide fantasmatique là où dans d'autres maladies psychiatriques émergeaient une élaboration fantasmatique consciente ou inconsciente très importante. Ils en ont déduit que la maladie résultait beaucoup plus d'un vide fantasmatique que d'une élaboration particulière des fantasmes.

L'expérience typique décrite par De M'Uzan est la suivante: il questionne un homme de 45 ans qui répond avec peu d'émotions et d'une manière très factuelle. A propos de la mort de sa mère il donne un grand nombre de détails factuels. Quand le médecin lui demande les sentiments éprouvés à la mort de sa mère, ce dernier répond:

"J'ai réagi comme tout le monde, la mort est un phénomène normal ! "

Puis tout d'un coup, il commence à fouiller dans sa poche, prend une pilule et l'avale. Lorsqu'on lui demande ce qu'il fait, il répond: "évidemment, je prends une nitroglycérine". Si on lui demande de nouveau pourquoi, il répond:

"le médecin m'a dit de prendre une nitroglycérine chaque fois que j'avais de l'angine et je viens d'avoir de l'angine".

Mais par contre ce patient se refuse de voir une relation causale entre le fait qu'il a parlé de la mort de sa mère et de son angine. Cette dernière apparaît, suivant la théorie de De M'Uzan en remplacement des sentiments qui ne sont pas apparus.

2 Conséquences sexuelles de la pensée opératoire su psychosomatique

Nous rencontrons fréquemment ce genre de réactions chez des patients souffrant soit d'ulcère d'estomac ou de maladie du système cardiovasculaire.

Parfois leur négation de leurs symptôme est telle qu'il nous aurait été difficile de les connaître si nous n'avions pas été frappés par leur manque de fantasme. Alertés par ce phénomène, nous demandons s'ils ne souffrent pas d'ulcère d'estomac ou de maladie cardiovasculaire. Un patient nous a répondu:

"Je suis en parfaite santé, j'ai un coeur parfait, j'ai eu un pontage l'an dernier mais depuis tout va très bien!"

Cette négation des problèmes psychologiques ou physiques est typique et devra alerter le médecin qui fait le questionnaire. Devant une telle attitude il est important de faire une histoire détaillée, presque année par année, pour remplacer par les faits les émotions que le patient ne nous livre pas.

Un jour après avoir questionné un homme de cinquante ans qui prétendait ne pas voir de relation entre son impuissance et les événements de sa vie, nous lui faisons remarquer que son impuissance est apparue la même année que le suicide de son fils unique. Il nous répond:

"Un homme est un homme et ne doit pas se laisser affecter par de tels événements!".

3 Alexithymie et malades psychosomatiques

a. Définition:

Ce terme venant du Grec, a privatif, lexi signifiant les mots, thymie l'humeur: ne pas avoir les mots pour exprimer ses sentiments. L'école américaine tout en connaissant la pensée opératoire a préféré utiliser un terme plus général d'alexithymie, pour référer à des individus qui ont de la difficulté à manifester leurs sentiments ainsi qu'une difficulté au niveau fantasmatique.

b. Caractéristiques

- La pensée: est utilitaire, littérale et matérielle. L'individu est centré sur les détails et sur le monde matériel à l'opposition du monde des sentiments.
- Pseudo-normalité: cela consiste, pour le sujet, d'une tendance à vouloir se situer dans des normes de conformité sociale exagérée.
- Vie symbolique: La pensée symbolique est absente ou réduite. Les rêves sont absents ou peu fréquents. Les fantasmes sont peu nombreux peu imagés et ont peu d'importance dans la vie de l'individu.
- Troubles du schéma corporel: ces individus montrent une difficulté de distinguer entre des sentiments et des perceptions corporelles. Ils montrent une rigidité corporelle et une attitude figée qui empêchent les mouvements souples du diaphragme. Cette rigidité finit par les rendre insensibles et on ne s'étonnera pas de les voir souffrir de symptômes avancés de leur maladie sans avoir pu prévenir ce qui s'en venait.
- Difficulté de percevoir leurs sentiments: sans accès aux perceptions corporelles fines, aux fantasmes, au monde de l'image, centrés sur l'utilitarisme et la logique linéaire, il n'est pas étonnant que l'alexithymique ne puisse percevoir clairement ses sentiments.
- Difficulté d'expression des sentiments: comme l'individu peut difficilement mettre en mots ou en images ce qu'il ressent, il devient difficile de communiquer ses sentiments dans le domaine affectif. Un manque de communication apparaît alors entre lui et le monde extérieur.
- Méconnaissance des sentiments des autres: s'il est difficile pour eux de connaître leurs sentiments, à plus forte raison il leur devient impossible d'être empathiques, ouverts aux autres. Ils ont peu de sympathie pour le romantisme la poésie les symboles et irritent beaucoup leur entourage.

c. Incidence de l'alexithymie chez les malades psychosomatiques

Déjà les études cliniques avaient démontré que ces dispositions n'existaient pas chez tous les patients ayant une maladie psychosomatique. Des maladies psychosomatiques différentes ne donnent pas toute le même niveau d'alexithymie.

Le patient cardiaque est celui qui en a le plus, tandis que les asthmatiques comme Proust ou ceux ayant des maladies de peau comme Mozart auraient beaucoup plus de création, dans certains domaines en tout cas.

Les résultats de recherche vont plus loin et trouvent que tous les patients souffrant de maladies psychosomatiques ne font pas d'alexithymie: seulement 30% en font! D'autres pathologies sont accompagnées d'alexithymie comme la toxicomanie, la délinquance sexuelle et certains cas de dépression masquée.

d. Conséquences sexuelles de l'alexithymie

- Manque de désir: le manque de fantasme amène un manque de désir, ce dernier étant directement proportionnel à la fantasmagorie.
- Sexualité mécanique et réflexe: à force de manquer d'imagination de poésie, la sexualité devient une fonction mécanique et exutoire. Passé la trentaine ce mécanisme n'est plus suffisant et l'individu ne comprend pas l'impuissance qui s'installe.
- Anhédonie éjaculatoire: la rigidité corporelle favorise l'éjaculation précoce comme toute contraction corporelle, puis le désir diminuant, il y a retard d'éjaculation et finalement éjaculation sans plaisir. L'insensibilité corporelle favorise l'impuissance.
- Incompréhension du partenaire féminin: cette dernière est irritée par une pensée logique centrée sur des détails. Le manque de romantisme devient insupportable. Une hostilité s'installe qui favorise l'éjaculation précoce et l'impuissance.
- Divorce: L'incapacité d'exprimer ses sentiments est une des plaintes essentielles des femmes qui demandent le divorce. Toutes les recherches s'accordent sur ce point.

VI. Personnalité antisociale

A. Définition et synonymes

On reconnaît facilement que certaines personnes ont tendance à commettre des actes déviants ou antisociaux plus souvent que d'autres. D'où le nom de personnalité antisociale. D'autres mots sont utilisés pour désigner ces individus: caractériel, sociopathe, psychopathe, déviant. D'autres formules sont plus voilées telles que structure caractérielle, individu ayant tendance à passer à l'acte (ou à faire des "acting-out"), mais utilisés dans un rapport qui sera lu par le patient, ils ont la même signification.

B. Critères diagnostics

Comme le traitement de ce type de personnalité est difficile, sinon considéré par beaucoup comme impossible, et que la récurrence d'actes délinquants faits par ces individus extrêmement probable, on ne devra utiliser ces termes qu'avec une extrême prudence car, dans de nombreuses circonstances, ils sont l'équivalent d'une condamnation.

Pour éviter les erreurs le "Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder" de l'"American Psychiatric Association" (D.S.M.III) donne des critères très stricts, à suivre, avant de se prononcer sur le fait qu'un individu a une personnalité antisociale.

C. Réaction au stress de la personnalité antisociale

Nous avons vu que chaque individu doit faire face à des frustrations dans la vie courante. Quand la tâche dépasse ses capacités d'adaptation, le psychotique croit ses fantasmes, le névrotique les refoule, le psychosomatique ne ressent rien dans son psychisme mais est frappé dans son corps. Quand au sociopathe, on dit qu'il agit ses pulsions: il passe à l'acte.

D. Alexithymie et personnalité antisociale

Bien que soupçonnée, sans pouvoir être prouvée, par l'école de Marty Fain et De M'Uzan la relation entre sociopathie et alexithymie commence à faire l'objet d'étude: Mc Dougall (1982), Beltrami (1985, Beltrami, Ravart, Jacob, 1987).

Mais alors que le malade psychosomatique a une pensée utilitaire qui peut servir des projets altruistes (l'ingénieur qui se concentre sur un pont à construire), le sociopathe ou le déviant sexuel montre une pensée utilitaire, orientée uniquement vers son plaisir immédiat: le vol de banque, le viol, l'abus sexuel.

Certains thérapeutes sont hypnotisés par le fait que le déviant sexuel a des fantasmes persistants qu'il passe à l'acte. Ils en déduisent que ce sont ses fantasmes qui lui rendent la vie difficile. Nous sommes persuadés du contraire. Parce qu'ils n'ont que très peu ou pas de fantasmes, les sociopathes sont contraints à se satisfaire du seul fantasme qui leur a déjà donné du plaisir.

Leur fantasmagorie est tellement pauvre qu'ils sont incapables de masturbation sans être en présence concrète du sujet de leur fantasme. Il est notable que dans toute une population de pères incestueux, aucun d'eux ne s'était masturbé depuis l'adolescence alors que c'est une pratique courante pour plus de la majorité des hommes y compris des hommes mariés.

E. Personnalité antisociale et sexualité

1 Aspect clinique

Pratiquement toutes les déviations sexuelles peuvent s'expliquer par essentiellement deux phénomènes majeurs: l'incapacité d'avoir des fantasmes sans réalité immédiate pour les appuyer; l'incapacité de différer le plaisir et de planifier pour l'avenir. Ce sont deux conséquences directes de l'alexithymie.

Le voyeur ne peut se masturber seul chez lui à un moment approprié et choisi, il le fait en voiture, sur la rue, pendant qu'il regarde une femme. L'exhibitionniste doit montrer son pénis à une personne, en chair et en os, pour en tirer une satisfaction. Le père incestueux n'a aucune ressource quand sa femme tombe malade. Il ne peut se défouler sexuellement qu'en utilisant la présence de ses enfants.

On notera que toutes ces activités sont fortement axées sur le pénis et laissent peu de place à la sensualité et aux préliminaires. Les activités pédophiliques sont généralement courtes et centrées sur les organes génitaux. Il est plus facile pour eux, d'utiliser l'ascendant qu'ils ont sur l'enfant, que de négocier longuement avec un partenaire féminin adulte qui exige, avec juste raison, une préparation avant d'en arriver à la génitalité.

Dans leur vie de couple ces individus demandent des relations d'une manière mécanique, chaque jour, sans égard pour les besoins de leur partenaire. Ils piquent souvent des crises de rage quand elle n'acquiesce pas à leur désir.

Ils sont imprévisibles, décident de faire des sorties, à la dernière minute, sans permettre à leur partenaire de se préparer mentalement et physiquement. Ils sont incapables de fixer d'avance un rendez-vous, s'ils le font, ils l'annulent à la moindre occasion. Leurs caresses et leurs préliminaires sont inexistantes. Ils montrent une véritable insensibilité ailleurs que sur les parties génitales.

En résumé, leur sexualité est antagoniste des besoins sexuels de la femme normale. Ils n'ont donc pas de relations stables et suivies. Ils usent de manipulation de force ou de ruse pour arriver à leur satisfaction sexuelle. Puis le plus souvent ils se lassent de cette guerre contre la femme qui a une sensibilité si différente. Ils trouvent plus commode d'attendre qu'un jeune

prostitué vient frapper à leur porte et règle leur problème sexuel en moins de trente minutes, pour le tiers de la somme qu'il aurait dépensé lors d'une sortie avec une femme et avec des résultats sexuels incertains.

SEXUALITÉ INAPPROPRIÉE

SEXUALITÉ INHIBÉE

SEXUALITÉ RESTREINTE

SEXUALITÉ DÉVIANTE

F. Aspect statistique

1 Chez l'homme

Beaucoup d'éléments de la personnalité hystérique s'appliquent à la personnalité antisociale, avec la différence qu'il y a plus d'hommes souffrant de la personnalité anti-sociale que de la personnalité hystérique. Les problèmes sexuels sont le plus souvent liés à la promiscuité, causant la plupart du temps des maladies vénériennes répétées ainsi que des déviations sexuelles.

Cuthbert (1970) faisant une étude sur 70 meurtriers a réalisé que la jalousie sexuelle était extrêmement importante dans l'explication du meurtre.

Stürup (1968) a rapporté que le risque de récidive la première fois qu'il y a une offense sexuelle est de seulement 6.9%; cela augmente à 40% après la troisième offense. Les individus commettant des offenses sexuelles sont également des individus ayant commis des offenses non-sexuelles.

2 Chez les femmes

Cloning et Guze (1970) ont trouvé que chez les femmes souffrant de personnalité anti-sociale, il y avait environ vingt-huit pour cent (28%) d'homosexualité ce qui est plus élevé que dans la population normale. Elles présentent également plus de relations sexuelles pré-maritales, de prostitution, de maladies vénériennes, et étaient plus candidates au viol; soixante-dix-neuf pour cent (79%) avait des dysfonctions sexuelles, soixante-sept pour cent (67%) un manque de désir, cinquante-deux pour cent (52%) une anorgasmie et trente-six pour cent (36%) une coïtalgie; quarante pour cent (40%) de leurs enfants étaient conçus en dehors d'un lien stable.

VII. Dissociation et Personnalité multiple

A. Chez les victimes d'abus sexuel

Le fait d'être abusé par une personne de confiance, qui a souvent un poste d'autorité (père) ou une prestance morale (prêtre, professeur) crée une situation tellement illogique pour l'enfant, qu'il ne peut accepter la réalité. Il tombe dans un état second dans une espèce d'auto-hypnose

qui est en fait un type de dissociation. Par la suite, si des évènements rappellent la situation antérieure, cet état de dissociation peut se reproduire.

Parfois on assiste à une véritable personnalité multiple. Nous avons vu une jeune femme de 24 ans qui avait un aversion sexuelle telle que si elle voyait une femme à moitié nue dans une publicité de savon, elle piquait une crise d'angoisse insupportable. Mais nous avons appris que, par contre elle avait passé deux ans de sa vie comme prostituée. Quand nous lui avons demandé ce qui pouvait expliquer une attitude aussi contradictoire, elle répondit que quand elle subissait ses actes de prostitution, elle tombait dans un état second: ce n'était plus elle, mais une autre qui agissait !

B. Chez les abuseurs sexuels

Contrairement à la croyance populaire, les abuseurs sexuels n'ont pas tous des fantasmes sexuels avant d'abuser, des enfants, par exemple. Ils tombent dans un état si proche de l'épilepsie que Money (1986) prétend que ces personnes souffrent beaucoup plus souvent d'épilepsie qu'on veut bien le dire ou que nos appareils sont capable de le détecter. De toute façons, c'est dans cet état second, souvent qu'ils abusent.

Cela expliquerait l'attitude incohérente de ces personnes quand pendant un moment ils abusent d'un enfant et le moment d'après le forcent à aller à la messe avec eux et à communier !

VIII. Personnalité "Borderline"

L'instabilité de ce type de personnalité, son impulsivité, ses relations intenses et instables, son incapacité de contrôler sa colère, son instabilité affective en font des partenaires peu fiables et qui à la longue, portent peu à des relations sexuelles agréables et détendues.

Leur trouble d'identité qui font qu'il se cherchent constamment, (qui suis-je ? Quelle est ma véritable vocation ?), crée un climat d'instabilité peu favorable à une vie de couple.

Leur incapacité d'accepter la solitude, leur dépendance exagérée, leurs phases dépressives quand ils sont seuls créent un climat de responsabilité exagérée du partenaire qui finit par épuiser les plus grandes énergies.

Finalement leur tendances à des actes autodestructeurs: mutilations, accidents, ou tentatives suicidaires font de ces personnes, qui au début étaient vues comme géniales et prometteuses, des fardeaux pour leur partenaire et compromet ainsi fortement, toute sexualité bien vécue.

EX. Stress post-traumatique

A. D'origine non sexuelle

Quand un événement traumatique dépasse de beaucoup les capacités de tout être humain normal à digérer ce stress, des conséquences multiples se manifestent, même sur une personne qui était saine jusque là. Les symptômes suivants se manifestent alors:

- reviviscence du trauma, soit en revivant l'évènement par des fantômes qui envahissent la conscience, soit par des cauchemars répétitifs, soit par des apparitions subites et avec peu de raisons, des émotions qui existaient durant le trauma.
- diminution anormale de la réponse émotionnelle par un manque d'intérêt, un sentiment de détachement, et une alexithymie.
- troubles de concentration de mémoire, perte de capacités intellectuelles

Un stress post traumatique même d'origine non sexuelle peu diminuer et affecter beaucoup la réponses sexuelle autant chez l'homme que chez la femme. Le traitement est difficile, long et doit se faire en traitant d'abord la condition post traumatique. Faire revivre la situation traumatique lors d'une thérapie, à longtemps été considéré comme le traitement de choix; actuellement on considère qu'il faut mieux, souvent, enterrer le passé et parler du présent et du futur. La médication est parfois nécessaire pour y arriver.

B. Originant d'un abus sexuel

1 Victimes de viol

Les conséquences du viol sont dévastatrices et consistent essentiellement en symptômes de stress post-traumatique: réaction de choc, anxiété massive, désorganisation psychologique, troubles somatiques et sexuels. Les cauchemars répétitifs, l'insomnie, la perte de mémoire et de concentration gênent les activités habituelles. La barrière du soi corporel a été détruite ainsi que l'intégrité corporelle. Malgré une emphase importante sur la nécessité de déculpabiliser la victime, un sentiment d'autoaccusation et d'autodépréciation est difficile à vaincre.

Les investigations médicales, sociales et judiciaires ajoutent un fardeau important à un Moi déjà surchargé par une tâche de survie précaire. Une thérapie par un individu entraîné à traiter les stress post-traumatiques s'impose. Les victimes, refusaient la nature psychiatrique du traitement justifiant qu'elles ne souffraient pas de troubles psychiatriques en soulignant que c'était le violeur et non elle qui était anormal. Il est important de comprendre que le stress post-traumatique ne vient pas de l'intérieur (comme ce que Freud appelait les psychonévroses), mais d'une calamité extérieure à laquelle le Moi a de la difficulté à résister.

2 Victimes d'abus sexuel

La plupart des auteurs reconnaissent que l'âge de la victime se situe environ de 6 à 12 ans. On remarque cependant une fréquence maximum entre 8 et 11 ans. Généralement la victime est choisie dans un milieu connu du pédophile (parenté, voisinage, amis); ce dernier a parfois une responsabilité vis à vis de ses victimes (enseignant, entraîneur sportif) dont il abuse en la sexualisant par l'utilisation de son pouvoir.

Les conséquences sur la fille sont nombreuses à long terme (Bagley, 1984), Williams et Fuller (1987):

- cauchemars répétitifs et irruption spontanée de souvenirs traumatiques;
- moments de dissociation et rupture avec la réalité associés à toute stimulation qui de près ou de loin rappelle, même symboliquement, le traumatisme. Pour 1/5^{ième} des cas, cette dissociation va jusqu'au syndrome de personnalité multiple;

- dysfonctions sexuelles: promiscuité excessive lors de dissociation en prenant une personnalité hypersexuée, inhibition totale de toutes les activités sexuelles ou encore sexualité passive, "comme une statue de marbre" en état de dissociation dont aucun souvenir ne reste le lendemain;
- changements d'humeur accompagnés de sentiments de dépression d'irritabilité, d'anxiété, de phobie et insomnies fréquentes;
- manque de concentration, diminution des capacités intellectuelles;
- ruminations ou passages à l'acte suicidaires;
- problèmes physiques: nausées, vomissements, diarrhées;
- image de soi et image corporelle diminuées et inadéquates;
- évitement systématique de la plupart des activités courantes reliées symboliquement à l'abus, réduisant notablement le fonctionnement et l'autonomie.

Pour le garçon, abusé par un homme ou par une femme, en plus de ces phénomènes, il manifeste une tendance à devenir pédophile lui-même (Wille, 1978, Pendergast, 1985, Beltrami et Couture, 1980) ou homosexuel (Johnson et Shrier, 1987).

3 Victimes d'inceste

Les conséquences de l'inceste sur les enfants sont identiques à celles de la pédophilie mais comportent plus d'hospitalisations psychiatriques, des tendances à l'automutilation et au suicide chez les garçons victimes d'inceste père-fils. Pour les filles, elles apprennent tôt dans leur vie à négocier des avantages affectifs et matériels contre des actes sexuels: 70% des sujets prostituées (Silbert, 1981) affirment avoir subi des abus sexuels qui ont influencé leur participation à la prostitution.

Bien que les hommes adultes soient responsables de 95% des abus sexuels, les adolescents en commettent de plus en plus. De plus, les femmes quoi qu'en faible proportion, commettent à la fois des abus sexuels pédophiliques et incestueux plus souvent qu'ils ne sont rapportés, dans une proportion qui représente de 22% à 40% des cas abusés (Finkelhor & Russel, 1984, Beltrami & Ravart 1987, Johnson et Shrier, 1987).

X. Bibliographie

ALARIE Pierre et Campbell, Michel, (1987) "Psychological components of males referred for Erectile Dysfunction" **8th Mondial Congress of Sexology**, Heidelberg.

BAGLEY, C., MCDONALD, M. (1984) "Adult Mental Health Sequels of Child Sexual Abuse" **Canadian Journal of Community Mental Health** 3(1) 15-26.

- BELTRAMI, Édouard, (1985), "Affect and Sexuality: a study of Alexithymia in Psychosomatics and Sexual Delinquents", **12th Annual Meeting of the Association of Sex Therapists and Counselors**, Montréal, May 29th
- BELTRAMI, Édouard, COUTURE, Normande, GAGNÉ, Francine (1980), "Abus sexuel d'enfants: Inceste père-fils comparé à la pédophilie homosexuelle", dans: **Enfance et sexualité: Actes du symposium international**, J.-M. Samson, Ed. Etudes Vivantes, Montréal, Paris: 694-704.
- BELTRAMI, Édouard, COUTURE, Normande, GAGNÉ, Francine (1982), "La pédophilie homosexuelle incestueuse et non incestueuse au Québec", dans: **La Sexualité au Québec: Perspectives contemporaines**, J.J. Levy et A. Dupras, Eds. Iris, Montréal: 165-180.
- BELTRAMI, Édouard, RAVART, Marc, (1987), "Vingt ans après, impact des abus sexuel subis lors de l'adolescence", **Actes du Colloque: Jeunesse et Sexualité**, J.J. Levy et A. Dupras, Eds. Iris, Montréal, pp, 387-405.
- BELTRAMI, Édouard, RAVART, Marc, JACOB, Jo Anne, (1987) "Alexithymia in Sexual Delinquents" **8th Mondial Congress of Sexology**, Heidelberg.
- DIXON, K.N., ARNOLD, E. et CALESTRO, K. (1978) "Father-son Incest: Underreported Psychiatry Problem?" **American Journal of Psychiatry**, 135:7, pp. 835-838.
- D.S.M. III **Diagnostic Statistique des Maladies Mentales**, Publication de l'"American Psychiatric Association", Somabec, Montréal, 1983.
- FINKELHOR, D., (1984) **Child Sexual Abuse: New Theory & Research**, The Free Press, New York :255.
- FINKELHOR, D., RUSSELL, Diana, (1984), "Women as perpetrators: review of the evidence", dans: **Child Sexual Abuse: New Theory & Research**, D. Finkelhor (Ed.), The Free Press, New York, :171-187.
- FREUD, S., (1910), **Three contribution to the theory of sex**, Nervous and Mental Publishing Co., New York.
- HARTMAN, William, et FITHIAN, Marilyn, (1972), **Treatment of Sexual Dysfunction: A Bio-Psycho-Social Approach**, Center for Marital and Sexual Studies, Long Beach, Cal.
- HARTMAN, William, et FITHIAN, Marilyn, (1987), "Workshop on treatment of Sexual Dysfunctions, **8th Mondial Congress of Sexology**, Heidelberg.
- Johnson, R. L., Shrier, Diane, (1987) "Past Sexual victimization by females of male patients in a adolescent medicine clinic population" **American Journ. Psych.** May, **144**:5.
- KNOPP, FAY, H. (1983), "Adolescents: the forgotten sex offenders" **Human Sexuality in the 80s: Current research, professional directions and future trends, A special report compiled by the Staff of Sexuality Today**, Atcom Publishing, New York :13.

- LEBLANC M., (1982), "Les activités délinquantes et les activités sexuelles", **La Sexualité au Québec: Perspectives contemporaines**, sous la direction de J.J. Levy et A. Dupras, Eds. Iris, Montréal: 220-264.
- LEMIEUX, M.,(1979), "Approche systémique de l'inceste." **Le Médecin du Québec**, 14, (9), pp. 65-71.
- LESSER.,I.,M., (1985), "Current concepts in psychiatry. Alexithymia",**England Journal of Medecine** 14. 312:11, 690-692.
- Martin Farber **Human Sexuality: Psychosexual Effects of Disease**, (ed.), MacMillan, New York, 295-316.
- MARTY, P., M'UZAN, M., (1963), "Aspects fonctionnels de la vie onirique", **Revue française de psychanalyse**, vol. 27, 345-356.
- McKIBBEN, A., (1985), "L'évaluation des délinquants sexuels", **Rapport d'activité présenté à l'Université du Québec comme exigence partielle de la maîtrise en sexologie**, Montréal:16.
- McDougall, J. (1982) Société Psychanalytique de Paris, " Alexithymia: a psychoanalytic viewpoint", **Psychother-Psychosom.** 38(1). P 81-90.
- MICHAEL, E., et cols, (1987) "Nocturnal Penile Tumescence in Depressed Men", **Am. J. Psychiatry** 144:1, January, 89-95.
- Meiselman, K.C. **Incest: A Psychological Study of Causes and Effects with Treatment Recommendations**, San Francisco: Jossey-Bass Publishers, 1978.
- MONEY, J., (1986), **Lovemaps: Clinical Concepts of Sexual/Erotic Health and Pathology, Paraphilia and Gender Transposition in Childhood Adolescence and Maturity**, Irvington, New York.
- PENDERGAST, P., (1985), "Treat one sex offender and prevent 10 children from falling victims", **Sexuality today**, July, 3.
- Peterson R., N., et FREUND, M., (1975), "The inhibition of the motility of Human Spermatozoa", **Journ. of Internationnal Reseach Communications** 2:1322.
- RENSHAW, DOMEENA (1987) "Sexual Therapy for Psychiatric Patient",**British Journal Sexual Medecine**, 14:2, 34-39
- ROSSMAN, P., (1976) **Sexual Experience Between Men and Boys**, Association Press, N.Y.
- SILBERT, M., H., PINES., A., M. (1981), "Sexual Child Abuse as an antecedant to prostitution", **Child Abuse & Neglect**, 5(4) 407-411.
- TAYLOR.,G.,J., (1984), "Alexithymia: concept, measurement, and implications for treatment.", **Am. J., Psychiatry.** Jun. 141(6). P 725-32.

Wille, R. et Freyschmidt, A., (1978) "Follow-up investigations on the victims of homosexual offenses", présentation faite au **Congrès Mondial de Sexologie, Rome**.

Williams, Vail, W., Fuller, W., (1987) "Psychiatric Problems of Adults Abused Sexually as Children", **Psychiatric News, April 17**