

# LA SEXUALITE EN PSYCHIATRIE

Pascale SKOSKI

Une grande **méconnaissance** plane sur la sexualité en psychiatrie, teintée de préjugés et de stéréotypes entourant la maladie mentale. Dans les écrits existe une grande hétérogénéité des **représentations** (contradictoires et ambivalentes): pauvre, banale, solitaire voir absente, étant le reflet de la pauvreté de l'investissement libidinal du patient ou débridée, perverse, déviante, archaïque et désaffectée.

Les causes des dysfonctionnements sexuels sont de 4 origines:

- La maladie elle-même et l'impact socio-économique.
- Les traitements psychotropes.
- La comorbidité organique associée (diabète, troubles cardiovasculaires...) ainsi que leurs traitements concomitants.
- Les conséquences des troubles psychiatriques sur le partenaire et l'entourage.

---

## **LES CONSEQUENCES DES PRINCIPALES PATHOLOGIES EN PSYCHIATRIE SUR LA SEXUALITE**

Les troubles sexuels et les troubles dépressifs sont **étroitement liés**, en effet une plainte sexuelle initiale peut masquer un état dépressif sous-jacent et un trouble sexuel peut compliquer un état dépressif déjà présent. Le **cercle vicieux** des dysfonctions sexuelles renforce les troubles de l'humeur et réciproquement. Dans les dépressions, nous observons un **appauvrissement de l'imaginaire érotique**, une **baisse du désir**, des **troubles de l'excitation** et des difficultés à accéder au **plaisir sexuel** et à l'**orgasme**. Tout cela amène progressivement la personne à une **perte d'intérêt** de la sexualité pouvant aller jusqu'à un **désinvestissement** total de la vie sexuelle. Dans certains cas nous pouvons observer la présence d'une **hypersexualité**.

Lors de la phase maniaque des troubles bipolaires, les patients présentent une **augmentation de l'intérêt concernant la sexualité**. Ils sont dans des recherches de contacts sexuels plus importants et multiplient les partenaires avec parfois des conduites sexuelles à **risques**.

Chez les patients psychotiques, nous pouvons observer des troubles à tous les stades de la réponse sexuelle (**libido**, fonction **orgasmique** et **satisfaction sexuelle**, difficultés **érectiles**, troubles de l'**éjaculation**). Il existe également un manque d'apprentissage et d'entraînement des habilités sexuelles dues à l'apparition de la maladie au stade du développement de l'identité sexuelle du jeune adulte.

---

## **LES PSYCHOTROPES ONT DES CONSEQUENCES SUR LA REPOSE SEXUELLE DES PATIENTS**

Les antidépresseurs sont responsables d'une diminution du **désir**, ils perturbent l'**érection** (induisant des troubles partiels, complets ou intermittents ou d'érection spontanée) et l'**éjaculation** (qui peut alors être prématurée, retardée ou absente), enfin ils peuvent être responsables de **priapisme** ou de **dyspareunie**. Tous les antidépresseurs n'ont pas les mêmes effets secondaires, ni la même intensité, parfois même, ceux-ci sont **variables** en fonction du patient. Les effets secondaires sont **dose dépendante**.

Les neuroleptiques de **première génération** affectent plus la fonction sexuelle que les autres, à cause de l'augmentation de la prolactine et des effets extrapyramidaux qui induisent une rigidité peu propice à l'activité sexuelle. Chez la femme, l'augmentation de la prolactine induit une **aménorrhée**, une **galactorrhée**, une **gynécomastie**. Au niveau sexuel cela provoque une diminution de la **libido**,

des troubles de l'**orgasme** et une **dyspareunie**. Chez l'homme, cela entraîne une baisse du **désir**, des troubles **érectiles**, des troubles de l'**éjaculation** (retardée, rétrograde), une **infertilité**.

### **LES RAISONS AU FREIN À LA PRISE EN CHARGE DE LA SEXOLOGIE EN PSYCHIATRIE PAR LES SOIGNANTS:**

- un **manque d'enseignements** lors des formations universitaires
- le **sentiment d'illégitimité**
- les **fausses croyances**, les **représentations** erronées notamment concernant les jeunes et les personnes âgées
- une difficulté face à des patients homosexuels
- une difficulté à se détacher de ses propres **tabous** et représentations, de leurs normes sexuelles
- se sentir **mal à l'aise** dans le rôle de conseiller, de thérapeute en sexualité
- crainte de l'impasse thérapeutique
- manque de **temps**, la sexualité peut être un sujet chronophage
- crainte de **gêner, d'offenser**, de provoquer un malaise chez le patient en étant trop intrusif
- sujet tabou et pouvant être difficile

### **LES RAISONS AU FREIN À LA PRISE EN CHARGE DE LA SEXOLOGIE EN PSYCHIATRIE PAR LES PATIENTS:**

- appauvrissement de l'imaginaire érotique**
- baisse de la motivation** à avoir des relations sexuelles
- diminution de la libido** ou au contraire une **hypersexualité**
- conduites à risques** (infections sexuellement transmissibles, grossesse non désirée...)
- troubles de l'excitation** (difficultés érectiles, des troubles de la lubrification vaginale)
- troubles du plaisir** et de la satisfaction sexuelle
- troubles de l'orgasme** (parfois éjaculations précoces, rétrogrades, absentes ou retardées)
- douleurs** durant les rapports sexuels
- perte de l'intérêt** de la sexualité pouvant aller jusqu'à un désinvestissement total de la vie sexuelle
- sentiment de **honte, crainte d'être jugé, peur** de contrarier le médecin si les troubles sexuels sont liés aux effets secondaires des traitements.

L'**observance médicamenteuse** est un enjeu majeur de la prise en charge des patients en psychiatrie. Elle permet l'amélioration de la fonction sociale et de la qualité de vie. Elle permet une diminution de la fréquence et de la durée d'hospitalisation. Elle évite l'aggravation de la symptomatologie déficitaire et de la désinsertion sociale. Le fait de ne pas parler ouvertement des difficultés sexuelles en psychiatrie a des conséquences sur l'adhésion aux traitements, sur la qualité de vie et sur la relation médecin-patient. Le patient ne parle pas spontanément de ses troubles sexuels. S'il fait un lien entre les effets secondaires des psychotropes et ses troubles sexuels, il risque d'arrêter de lui-même la prise de ses traitements.

---

### **CONCLUSION**

Ecouter, informer et rassurer sont déjà les éléments d'un début d'une prise en charge. L'attitude positive et dynamique des soignants permettrait un échange plus sain et plus facilitant pour le patient. Il faut, bien sûr, adapter l'offre aux besoins du patient. Il est important de bien discerner le besoin et la demande, ainsi que ses capacités et ses freins au changement. Il ne s'agit pas de proposer à tout le monde une prise en charge sexologique, mais plutôt de laisser une porte ouverte à la discussion en cas de besoin. La mise en évidence des difficultés sexuelles du patient et l'échange

sur le sujet sont les premières étapes d'une prise en charge. Cela permettrait d'éviter l'aggravation et la pérennisation des troubles sexuels et de leurs conséquences.