

Les troubles de la libido

Libido disorders

E. Hirsch

Service d'Urologie, Hôpital Erasme

RESUME

Le désir, c'est le fait d'anticiper dans l'imaginaire un plaisir escompté dans la réalité. C'est le stade qui précède et accompagne la montée de l'excitation. Les troubles du désir se divisent en une pathologie par excès (désir hyperactif) et une pathologie par défaut (désir hypoactif voire aversion sexuelle). Cet article traite des troubles du désir par défaut. L'insuffisance du désir sexuel (IDS) peut être un phénomène normal. Il devient problématique lorsqu'il se prolonge et est source de souffrance et/ou de conflit dans le couple.

Ce problème est nettement plus fréquent chez les femmes que chez les hommes. Ceci peut être lié à des différences hormonales : la testostérone est l'hormone du désir et la prolactine est une hormone antidésir. L'homme semble quantitativement plus armé vis-à-vis du désir que la femme. Par ailleurs, celle-ci est soumise aux variations hormonales du cycle menstruel.

Sur le plan psychosexuel, l'homme a davantage besoin d'une sexualité agie pour consolider sa masculinité. La femme peut se contenter de se nourrir du désir de l'autre pour renforcer sa féminité.

L'évaluation d'une IDS nécessite d'explorer cinq axes étiologiques :

- l'organicité ;
- les causes socioprofessionnelles ;
- les causes familiales ;
- la problématique relationnelle : aider les couples à clarifier leurs conflits souvent occultés ;
- la problématique intrapsychique : nécessité d'aller chercher la réalité intrapsychique. Celle-ci se concentre à travers l'imaginaire érotique, reflet de la véritable personnalité érotique d'une personne.

La stratégie thérapeutique dépendra de cette évaluation et pourra donc être multidisciplinaire.

Rev Med Brux 2007 ; 28 : 368-73

ABSTRACT

Desire lies in the fact of anticipating through imaginary processes a pleasure hoped for in reality. It corresponds to the phase that precedes and accompanies the rise of excitation. Desire troubles can be divided by : an " excess " pathology (hyperactive desire) and a " by default " pathology (hypoactive desire, even sexual aversion). This article discusses the " by default " desire troubles. The lack of sexual desire can be a normal occurrence. It becomes a problem when it lasts too long and is a source of pain and/or conflict within the couple. This problem occurs more frequently with women than it does with men. This can be linked to hormonal differences : testosterone is the desire hormone, while prolactine is the anti-desire hormone. Men seem to be quantitatively more provided with desire hormones than women. Also, women are often subjected to period's hormonal fluctuations. On the psychosexual level, men have a bigger need to actively express their sexuality in order to consolidate their masculinity. Women can more easily rest on feeling the other's desire to be reassured in her femininity.

To evaluate a problem of lack in sexual desire, we need to explore five etiological axis :

- an organical axis ;
- social, professional ;
- familial causes ;
- relational problems : helping couples in clarifying some concealed conflicts ;
- interpersonal problems: when there is a need to fetch a psychic internal reality, as the latter stays condensed through erotic imaginary processes (a reflection of someone's true erotic personality).

A therapeutic strategy will depend on that kind of assessment and therefore can rely on multiple disciplines.

Rev Med Brux 2007 ; 28 : 368-73

Key words : anticipation, lack of sexual desire, difference men/women, multiple causes

INDICIBLE DESIR

Comment peut-on le définir ? Pulsions, libido, manque, besoin, envie, attirance, ... ? Voilà différents synonymes qui n'ont pas tous exactement la même signification. Le désir pourrait être défini par le fait d'anticiper dans l'imaginaire un plaisir escompté dans la réalité.

Il y a donc deux sources au désir :

- l'une interne : c'est le fantasme ;
- l'autre externe : c'est l'objet réel du désir, le désirable.

Mais, pour qu'il y ait anticipation dans l'imaginaire d'un plaisir, il faut qu'il y ait eu des expériences antérieures de satisfaction qui s'inscrivent dans la mémoire et permettent cette anticipation mnésique du plaisir, " la mémoire désirante " selon J.D. Vincent¹.

Le désir peut être défini plus simplement comme étant le stade qui précède et accompagne la montée de l'excitation jusqu'à l'orgasme. Il en détermine l'intensité, la durée, la pente. Trop de désir et la pente peut être trop raide, pouvant précipiter l'amant dans un orgasme immature et frustrant. Peu ou pas de désir et l'excitation est minime, nulle ou insatisfaisante, le rapport sexuel vécu dans l'ennui voire le dégoût. Ainsi se divisent les troubles du désir en une pathologie par excès (désir hyperactif) et une pathologie par défaut (désir hypoactif voire aversion sexuelle)².

Cet article s'attache à traiter des troubles du désir par défaut ou insuffisance du désir sexuel (IDS).

TROUBLES DU DESIR PAR DEFAUT (DESIR HYPOACTIF)

Avant d'être un phénomène pathologique, le manque de désir est un phénomène normal. Le désir sexuel est, en effet, un phénomène cyclique qui varie au fil du temps et selon les circonstances².

L'insuffisance du désir sexuel (IDS) peut être :

- sévère ou modérée ;
- primaire ou secondaire ;
- généralisée ou sélective (à telle situation ou tel partenaire).

Environ 40 % des femmes consultant un sexologue se plaignent d'insuffisance du désir sexuel, certainement la plus difficile à négocier parmi les dysfonctions rencontrées.

Parmi celles-ci, la moitié environ présentent une anorgasmie primaire ou secondaire ou une dyspareunie².

La plupart des insuffisances du désir sexuel chez l'homme co-existent avec une dysfonction érectile ou une éjaculation prématurée et peuvent être secondaires à ces dysfonctions sexuelles, parfois à un problème de la partenaire ou à un problème organique².

Presque tous les cas d'aversion sexuelle primaire sont des femmes.

POURQUOI CETTE DIFFERENCE ENTRE L'HOMME ET LA FEMME ?

L'analyse peut se faire d'une part sur le plan hormonal et d'autre part sur le plan psychosexuel.

Différence d'hormones^{1,2}

L'essentiel de la biochimie du désir tourne autour de deux hormones : la testostérone d'une part et la prolactine d'autre part, elle-même liée à la dopamine.

Testostérone

La testostérone est l'hormone spécifique du désir, aussi bien chez la femme que chez l'homme. L'homme semble quantitativement mieux armé que la femme vis-à-vis du désir.

La testostérone est sécrétée essentiellement par les testicules chez l'homme et par le stroma ovarien chez la femme. Les surrénales assurent également une faible production d'androgènes. C'est grâce aux surrénales que le désir peut être préservé chez une femme sans ovaires. La testostérone exerce une action directe sur le cerveau – régulant toute l'activité sexuelle – et une action au niveau des récepteurs des neurones de la moelle épinière intervenant dans les réflexes médullaires neuroendocriniens de l'éjaculation et de l'érection¹.

Toute cette mécanique se détraque chez l'homme castré, entraînant dans l'ordre, une perte progressive de l'éjaculation puis de l'érection. Cependant l'activité sexuelle peut demeurer encore longtemps après suppression des gonades comme si, le note J.-D. Vincent, " *Son désir reposait plus dans sa mémoire que dans ses taux hormonaux* " ¹. Nous retrouvons ici la définition du désir liée à la mémoire en tant qu'anticipation mnésique du plaisir.

Cette constatation est importante car beaucoup de dysfonctions sexuelles apparaissent suite à un arrêt plus ou moins contraint de l'activité sexuelle (exemple : décès du conjoint, divorce, maladie, accident, etc.). Les patients se comportent comme s'ils avaient perdu " la mémoire sexuelle " au cours de leur longue période d'abstinence. Il est un phénomène connu que l'activité sexuelle est le meilleur stimulant de l'activité sexuelle et que l'inactivité sexuelle est le meilleur inhibiteur du désir².

Prolactine

En ce qui concerne la prolactine, hormone hypophysaire antidésir par excellence, la femme en détient les taux les plus élevés². On ne sait pas exactement comment elle agit³, si ce n'est qu'elle évolue en sens contraire de la dopamine. La dopamine inhibe au niveau hypophysaire la sécrétion de

prolactine. Ainsi, l'hyperprolactinémie peut-elle être le reflet d'un déficit en dopamine. Or la dopamine est le neurotransmetteur de l'activation aspécifique et ce serait la testostérone et la LHRH qui spécifieraient son action sur le plan sexuel donc d'éveil sexuel. Trop de prolactine et cette activation s'éteint.

Cycle menstruel⁴

Enfin, la femme est, par rapport à l'homme, soumise au cycle hormonal menstruel.

- *Les œstrogènes de la première partie du cycle menstruel* vont dans le sens de la féminité et du désir. Ils exercent un rôle trophique sur tout le tractus génital, un rôle dans la lubrification vaginale et dans le développement des seins. On peut dire, de façon imagée, qu'ils maquillent le corps de la femme pour la rendre belle, attirante, attractive, désirable, c'est-à-dire inspiratrice du désir chez l'homme et, par effet boomerang, inspiratrice de son propre désir.
- *La progestérone, sécrétée par le corps jaune, en deuxième partie de cycle*, agit en milieu préalablement œstrogénique. Elle a un effet de censure sur l'action des œstrogènes, de "démaquillage". C'est en ce sens une hormone antidésir⁴. Les femmes signalent souvent une diminution de leur libido en période lutéale ainsi qu'un syndrome prémenstruel^{4,5}. Par ailleurs, la progestérone a une action antiandrogénique périphérique. Il y a souvent un réveil ponctuel du désir quelques jours avant les règles. Ceci serait lié à la testostérone. Il y a en effet deux pics de testostérone, l'un en période folliculaire, l'autre en phase lutéale, ce qui explique que le désir sexuel culmine au moment de l'ovulation et quelques jours avant les règles à cause de la phase de latence de l'action de la testostérone⁴.

Cependant, on ne peut réduire un problème de désir sexuel à des taux hormonaux. Une preuve en est que certaines femmes ont plus de désir sexuel que certains hommes.

Différences sur le plan psychosexuel⁶

L'homme

Pour l'homme, la sexualité a plus souvent une fonction défensive. Par exemple, lorsqu'elle comble un vide existentiel, un besoin fusionnel exacerbé, qu'elle soulage une angoisse, une dépression, qu'elle renverse un traumatisme en triomphe ou encore lorsqu'elle consolide son identité de genre (sa masculinité). L'homme n'aura donc pas tendance à présenter une IDS.

Par ailleurs, l'homme se pose plus souvent comme "sujet désirant" que comme "objet de désir". Ainsi, il investit visuellement le corps de la femme (fantasmes voyeuristes) et il est maître de son désir car c'est lui qui désire. Le désir est donc moins fragile

car plus direct. Par contre, le doute chez l'homme se situe au niveau de sa performance, d'où le besoin éventuel de se rassurer sur ses aptitudes viriles. Là encore, il ne tirerait aucun bénéfice s'il perdait son désir.

La femme

Pour la femme, la perte de désir est plus fréquente car elle utilise moins la sexualité à des fins défensives à savoir qu'elle ne pense pas combler ses besoins fusionnels, narcissiques et autres par la sexualité mais plutôt par des attentions désintéressées par rapport à la sexualité.

Elle fait même une utilisation défensive de la non sexualité : si quelque chose la préoccupe, elle dira : "Non, je ne peux pas. Ça me bloque !". Au contraire de l'homme qui affirmerait volontiers : "Tiens, si on faisait l'amour, ça irait peut-être mieux après !".

Par ailleurs, la femme a besoin de se sentir désirée et se positionne plutôt comme "objet de désir" que comme "sujet désirant". Autrement dit, la femme désire le désir de l'homme dans la mesure où c'est elle qui le séduit, l'allume. Il s'agit donc d'un désir par procuration, indirect donc d'élaboration plus complexe. Si elle ressent son partenaire plus dans un besoin sexuel que dans un désir, elle n'aura pas l'espace pour le séduire et risque de se replier dans le retrait. De plus, quand elle va désirer l'homme, c'est plutôt au travers de sa personnalité globale. Son désir est donc plus intriqué dans le réseau émotionnel, psychologique, voire social, culturel. Quant à sa vulnérabilité, celle-ci se situe non pas au niveau de sa performance comme l'homme, mais au niveau de sa désirabilité. La femme craint de ne pas plaire. Et, si elle a un tant soit peu un problème narcissique, c'est tout son désir qui peut s'éteindre. Bien sûr, ces considérations ne sont pas à prendre de façon absolue. Il y a des hommes qui se plaignent également de baisse de désir ou qui aiment se sentir objet de désir. Il existe également des femmes ayant un désir "de type masculin" et des femmes pouvant se situer tantôt comme objet de désir tantôt comme sujet désirant.

CAUSES DE PERTES DE DESIR (Tableau)

On reconnaît la plupart du temps une origine multifactorielle aux dysfonctions sexuelles, en particulier aux pertes de désir. Il faudra donc explorer au cours des premiers entretiens cinq axes étiologiques, à savoir l'organique, le socioprofessionnel, le familial, la problématique conjugale et la problématique personnelle, de façon à considérer le sujet dans son équation globale.

En sexologie, la causalité est circulaire, chaque étiologie retentissant sur une autre pour enfermer le patient dans un cercle vicieux. Ainsi, si un trouble sexuel a une origine organique évidente, il y aura toujours un retentissement psychologique et vice versa, une étiologie psychologique pourra entraîner à la

Tableau : Causes organiques, socioprofessionnelles et familiales aux pertes de désir.

Causes organiques

- Désordres hormonaux (hypotestostéronémie, hyperprolactinémie, hypothyroïdie⁵)
- Dépression⁷
- Maladies asthéniantes^{2,5}
- Causes iatrogènes (antidépresseurs, antiandrogènes, stimulants de la prolactine)

Causes socioprofessionnelles⁷

- Surmenage
- Chômage
- Retraite
- Problèmes économiques

Causes familiales⁷

- Famille nombreuse, famille recomposée, belle-famille...
- Enfants nombreux et/ou problématiques (santé, scolaire)

longue, par l'abstinence sexuelle, des désordres hormonaux et anatomiques qui aggraveront les choses.

Causes organiques

Toutes les maladies psychiques et somatiques peuvent entraîner une perte de désir au moins momentanée. Notons en particulier :

- *Les désordres hormonaux* (hyperprolactinémie, hypotestostéronémie, hypothyroïdie).
- *La dépression⁷* parfois masquée par les plaintes sexuelles, bien que certains patients, au début de leur dépression, tentent au contraire de se soigner par l'orgasme, comme d'autres prendraient de l'alcool ou un anxiolytique. Les rapports sexuels sont alors décrits comme étant dénués de fantasmes et de satisfaction.
- *Toutes les maladies asthéniantes* (cancers, insuffisance cardiaque, rénale, etc.) peuvent inhiber la libido par la fatigue et l'angoisse qu'elles provoquent.
- *Les causes iatrogènes* : de nombreux médicaments peuvent inhiber le désir sexuel et/ou le fonctionnement sexuel en particulier les antidépresseurs, les médicaments qui augmentent la prolactine, ceux à effet antiandrogène^{8,9*}.

Causes socioprofessionnelles

Le surmenage, les problèmes d'argent ou encore le chômage et la retraite peuvent être cause de dysfonction sexuelle et surtout de perte de désir. L'asthénie sexuelle peut alors n'être qu'un des éléments d'un état d'épuisement général.

Causes familiales

Certains patients accablés par leurs obligations familiales ou les difficultés liées aux enfants (problèmes de santé ou scolaires), aux familles recomposées ou aux parents, beaux-parents, peuvent présenter une véritable fatigue de situation, un épuisement affectif donc une perte de désir.

Mais, bien souvent, ces causes socio-professionnelles ou familiales constituent des causes périphériques à l'insuffisance du désir sexuel.

L'expérience clinique semble en effet démontrer que l'IDS relève plus souvent de causes profondes, anciennes personnelles intrapsychiques et/ou relationnelles.

La problématique conjugale¹⁰

Le désir sexuel est l'un des fondements du couple. Parfois, ce sont les conflits déclarés ou non qui sont à la fois cause et effet de la baisse de désir. En effet, si la sexualité est un merveilleux moyen d'échanges et de communication, elle peut aussi être un lieu de dominance, de dépendance, de chantage, de pouvoir, et les difficultés sexuelles peuvent, dans ce cas, faire l'économie de l'expression verbale des conflits.

Ces conflits se situent en général autour de trois thèmes, souvent à l'insu des partenaires : la gestion de l'intimité, les espaces personnels et de couple et le conflit de pouvoir.

La gestion de l'intimité¹⁰

L'intimité est un lieu affectif privilégié qui est fait d'échanges, de communication, d'attentions réciproques. Dans certains cas, l'un des deux partenaires peut avoir des demandes plus fusionnelles que l'autre. L'autre peut alors se sentir étouffé sous ces demandes et avoir tendance à fuir. Une façon de fuir est de perdre le désir, une autre façon est l'agressivité car celle-ci crée une distance. La gestion de l'intimité joue donc un rôle fondamental pour la santé relationnelle et sexuelle du couple. Or, le besoin fusionnel est un besoin qui ne peut être assouvi. Ce projet serait donc irréaliste et irréalisable. Ainsi, l'un des partenaires ne pourra jamais satisfaire tous ses besoins fusionnels par l'autre. Et pour l'autre c'est trop lourd à porter !

Par ailleurs, le besoin fusionnel (amour, tendresse, fusion avec son bébé, etc.) appartient à l'archétype féminin. Les hommes ont évidemment aussi des besoins fusionnels, mais cela fait partie de leurs composantes féminines. Ce n'est pas pour autant qu'ils sont moins masculins. Pourtant, certains hommes ont l'impression que, plus ils sont féminins et moins ils sont masculins, comme s'il y avait une incompatibilité entre féminité et masculinité. Ils affichent, de ce fait, une attitude hypervirile, hypermachiste de façon défensive, c'est-à-dire plus pour montrer qu'ils sont des hommes que parce qu'ils le sont. D'autres hommes, à l'inverse, se perdent un peu dans " la fusion " croyant ainsi se faire aimer par la gentillesse, la douceur sans

* Gellman C : La sexoiatrogénie ; Buvat J : Espoirs et limites de la pharmacologie dans la prise en charge des dysfonctions sexuelles. Interventions au XXIIIème séminaire de perfectionnement en sexologie clinique de l'AIHUS. Paris, 21 mars 1993.

réaliser le manque d'affirmation de leur masculinité. Ce que nous constatons en consultation, c'est que les femmes méprisent ces hommes " roses " et que, ce qu'elles attendent de leur partenaire c'est " *qu'il se tienne debout physiquement et psychologiquement* ".

Enfin, il faut savoir que la sexualité, elle, nécessite obligatoirement une " défusion ". En effet, ce qui est érotisé, c'est la distance, l'attente, le manque. La distance crée en effet un espace pour rêver l'autre : distance physique (ne pas être " trop collant "), distance psychologique (son jardin secret, son mystère,...).

La grande difficulté, pour la plupart des couples, c'est d'arriver à harmoniser le besoin fusionnel avec la défusion, autrement dit comment, non pas avoir du désir mais, comment le faire durer. Comment rester rêvable et désirable pour l'autre. Ce qui est rêvable, ce n'est pas la partie ouverte (celle-là on en jouit et même on s'en lasse) mais la partie cachée. Certaines personnes ne supportent pas les creux normaux de la relation. Ils aimeraient une vague infinie sans creux. Ils idéalisent la relation. Un objectif impossible à atteindre évidemment et avec comme prix à payer la sexualité ! Ce que l'on constate souvent, c'est une surconsommation sexuelle au début de la vie commune, suivie d'une sous-consommation liée à l'usure du couple. On peut résumer en disant que l'habileté de séduction la plus importante est l'art de savoir jouer sur les distances, non pas d'être distant mais de porter la distance.

Comme autre composante du désir, à côté de la distance, il y a l'érotisation de la différence : masculin-féminin. Au plus un homme investit sa masculinité et une femme sa féminité à l'intérieur du couple (pas uniquement à l'extérieur comme au travail par exemple), au plus facile ils auront à s'érotiser l'un l'autre. L'objectif n'est pas pour l'homme d'être hyperviril, hypermachiste ni pour la femme d'être ultraféminine mais plutôt pour l'homme d'être tendre tout en restant masculin et pour la femme, comment malgré son travail, son autonomie conquise, rester en contact avec sa féminité et même dans certains cas avec son identité personnelle. En effet, soumise à de multiples journées de travail (au bureau, dans les transports, à la maison, avec les enfants, etc.), elle n'a parfois plus de place pour son désir sexuel. C'est même parfois une question de santé mentale que de perdre le désir si c'est la seule façon qu'elle ait trouvée de protéger son identité personnelle.

Les espaces personnels et de couple¹⁰

Découlant de l'intimité, c'est un thème conflictuel au sujet duquel deux questions sont à poser :

- l'espace couple est-il suffisant en quantité et en qualité ?
- quel est l'espace de liberté que chacun des partenaires s'octroie, qui ne met pas en danger l'espace de sécurité de l'autre ?

Evidemment aussi par besoin sécuritaire ou

besoin fusionnel, ce n'est parfois pas facile à négocier.

Le conflit de pouvoir^{10,11}

Qui commande dans le couple ? Qui est le patron ? Y a-t-il un patron ? ou les relations sont-elles égalitaires ? On pourrait aussi dire : qui contrôle la relation ? Par exemple, de par son non-désir, une femme peut percevoir la tension de son mari vers elle et préférer sacrifier le plaisir sexuel pour un bénéfice plus grand, à savoir le contrôle du partenaire.

Le principe est d'aider les couples à gérer leur agressivité, de façon à ce qu'elle soit positive, d'affirmation de soi et non une agressivité de destruction. L'agressivité est l'une des composantes de la masculinité. Dans certains couples, non constatons une subtile inversion des rôles : la femme étant l'élément moteur du couple et l'homme se confinant dans un rôle passif féminin et ce, à l'insu des partenaires. Cela peut avoir comme conséquences de bloquer le désir sexuel de la femme voire d'entraîner une dysfonction sexuelle chez l'homme (dysfonction érectile et/ou éjaculation prématurée). Par ailleurs, l'agressivité positive fait partie des creux normaux de la relation dont il a été question plus haut. Or, après le creux, il y a la vague et dans la vague, il y a le désir. Cela signifie que la sexualité n'est pas qu'un échange d'amour. Croire cela c'est de l'ordre de la mystification.

A travers la sexualité, on s'exprime avec toutes nos dualités, toutes nos contradictions¹².

L'amour, la tendresse, l'affection ne sont pas toujours suffisants pour s'érotiser. Ainsi, s'il n'y a pas un minimum de jeu, de piment, le couple peut s'endormir dans le ronronnement du quotidien. Par exemple, le désir est par nature triangulaire et hostile¹¹. Autrement dit, on désire moins l'objet qu'on ne redoute de le voir possédé par autrui comme si, s'il n'y avait plus ce ou cette rival(e) mythique ou réel(le), le couple s'endormirait dans une sécurité affective totale.

C'est le caractère total qui est peu compatible avec un vrai désir sexuel (à différencier du désir amoureux, émotionnel).

Donc, pour pouvoir maintenir un désir sexuel, le couple aura à accepter de renoncer à un rêve de fusion bienheureuse, de couple idéalisé, d'amour inconditionnel, de vague infinie sans creux,... Autrement dit, de s'individuer l'un par rapport à l'autre, d'exister indépendamment l'un de l'autre, d'être bien avec soi avant d'être bien avec l'autre. C'est cela l'agressivité positive, d'affirmation de soi. Pour toutes ces raisons, il est préférable de voir les couples séparément. Car de ce fait, se crée une distance et aussi un espace personnel, caché, donc symboliquement rêvable. Il est en fait nécessaire d'alterner judicieusement les consultations individuelles et de couple afin de créer ce jeu avec la distance à l'intérieur même de la sexothérapie.

Le désir sexuel est un produit du psychisme, une construction mentale (néo-cortex) à différencier de la pulsion sexuelle plutôt sous la gouverne de centres neurologiques archaïques, en particulier du système limbique. Il nécessite pour éclore que l'individu se l'autorise. Le désir sexuel, en particulier chez la femme, peut se suffire à lui-même. Il n'a pas besoin d'être nécessairement réalisé. L'homme a davantage une sexualité agie. Son agir sexuel comble, en effet, souvent chez lui un besoin de consolider son identité masculine.

La femme peut se contenter de se nourrir du désir de l'autre pour renforcer sa féminité.

Cela signifie que la motivation à faire l'amour ou la fréquence des rapports sexuels ne sont pas des critères suffisants pour évaluer le désir sexuel. Par exemple, les activités sexuelles répétitives de certains hommes peuvent être une défense contre un manque de désir !

Dans certains cas, non seulement le désir manque, mais il est remplacé par un autre désir. L'aversion sexuelle primaire s'accompagne presque toujours de conflits profonds solidement enracinés dans l'inconscient.

Le but de la sexoanalyse est de comprendre la signification d'une IDS ou d'une aversion sexuelle, à savoir les bénéfiques conscients et inconscients du désordre sexuel ainsi que les anxiétés sexuelles et non sexuelles qui lui sont inhérentes et ensuite d'effectuer un travail de désensibilisation via l'imaginaire.

Chez la femme, par exemple, le problème peut être associé à la crainte de devenir une anti-madone, d'être dématernalisée et de perdre toute estime d'elle-même.

Chez l'homme, l'aversion sexuelle primaire est rare. Des conflits par rapport à l'homosexualité peuvent en être l'origine.

Le non-désir peut donc avoir une fonction défensive cruciale. Par exemple, le vrai problème d'une patiente consultant pour une absence totale d'intérêt pour les activités sexuelles conjugales était, qu'en réalité, elle devait passer par un fantasme zoophile pour accéder à la jouissance, fantasme trop culpabilisant. Ce fantasme lui permettait entre autres de maintenir refoulé un fantasme incestueux.

Dans certains cas, il peut donc être nécessaire d'aller rechercher la réalité intrapsychique à savoir l'imaginaire érotique, reflet de la véritable personnalité érotique plus que les conduites effectives. La plupart du temps, cette réalité intrapsychique ne se dévoile pas spontanément.

CONCLUSION

Avant toute stratégie thérapeutique, il est nécessaire de faire une bonne évaluation du problème présenté (une perte de désir ? primaire ? totale ? sélective ? circonstancielle ?...) et des causes souvent multiples, organiques, socioprofessionnelles, familiales, conjugales et personnelles. Cette stratégie thérapeutique dépendra non seulement de tous ces éléments mais aussi des désirs et des possibilités des patients. Elle pourra donc évoluer avec le temps.

BIBLIOGRAPHIE

1. Vincent JD : La biologie des passions. Paris, Seuil, 1986
2. Cassan P : Les troubles du désir. Cahiers de Sexologie Clinique 1990 ; 16 : 97
3. Dudley CA, Jamison TS, Moss RL : Inhibition of lordosis behavior in the female rat by intraventricular infusion of prolactin and by chronic hyperprolactinemia. Endocrinology 1982 ; 110 : 677-9
4. Klotz HP : Le rôle des hormones sexuelles dans la sexualité. Contraception, fertilité, sexualité, 1974 ; 2 : 315
5. Kolodny RC, Masters HW, Johnson EV : Text book of Sexual Medicine Little. Boston, 1979
6. Gagne S : Le désir érotique féminin et son polymorphisme. In : Crépault C, Trempe J-P, eds. Nouvelles Avenues en Sexologie Clinique. Presse Universitaire du Québec, 1989
7. Gellman C : Inhibition du désir sexuel. In : Arvis G, ed. Andrologie. Paris, Maloine, 1991 ; 3 : 132
8. Cohen J : Influence des contraceptifs oraux sur la sexualité. Cahiers de Sexologie Clinique 1985 ; 11 : 62
9. Marcotte DB : Psychophysiologic changes accompanying oral contraceptive use. Brit J Psych 1970 ; 116 : 165
10. Tordjman G : La sexualité au fil de la vie. Paris, Hachette, 1990
11. Tordjman G : Violence, sexualité et couples conflictuels. Cahiers de Sexologie Clinique, 1990 ; 16 : 96
12. Crépault C : La sexoanalyse. Paris, Ed Payot & Rivages, 1997

Correspondance et tirés à part :

E. HIRCH
Hôpital Erasme
Service d'Urologie
Route de Lennik 808
1070 Bruxelles

Travail reçu le 2 mai 2007 ; accepté dans sa version définitive le 29 juin 2007.