



# PSYCHOSE ET SEXUALITÉ

Cours du samedi 29 mars 2014 à 09:30 par Dr Gérard RIBES

## SOMMAIRE

### I- LA DEMANDE SEXOLOGIQUE

### II- LES FACTEURS DE RISQUE

#### A- Les troubles métaboliques

#### B- Les problèmes iatrogènes

### III- CONDUITE A TENIR

#### A- Surveillance et prise en charge

#### B- Quelles sont les précautions à prendre ?

#### C- Quels sont les outils disponibles et les modifications thérapeutiques éventuelles ?

### IV- CONCLUSION

Le but n'est pas d'amener les étudiants à soigner des patients psychotiques, car il s'agit là d'une affaire de métier de psychiatre et non de sexologue.

En revanche, l'important dans ce cours est d'aider les futurs sexologues à identifier les signes pouvant les orienter vers un diagnostic de maladie psychotique, afin de les amener à nécessairement prendre des précautions très particulières, pour le patient comme pour eux.

## I- LA DEMANDE SEXOLOGIQUE

Chez le patient psychotique, la demande sexologique ressemble à une demande habituelle :

- troubles de l'excitation,
- troubles du désir,
- trouble de l'éjaculation,
- trouble de l'orgasme,
- difficultés à vivre des relations sexuelles harmonieuses
- etc...

Cependant, on s'aperçoit très vite qu'il y a :

- des distorsions cognitives concernant le corps et son fonctionnement (les choses sont vécues d'une façon un peu particulière) ;

- des distorsions cognitives concernant la sexualité, l'acte sexuel, voire une méconnaissance totale des organes génitaux (ex : patient qui essaie de pénétrer sa femme par le nombril) ;
- de la fantasmatisation : le patient évoque son imaginaire relatif à son propre sexe, à celui de l'autre et à la rencontre sexuelle, ce qui est souvent d'une nature inquiétante, terrifiante et assez crue ;
- le patient reste sur ses positions de départ concernant sa demande et ne tient jamais (ou rarement) compte des réponses du médecin ;
- la communication n'est pas aisée pour des raisons diverses, notamment les barrages : au cours du discours, on peut observer de temps en temps un arrêt de discours, puis le patient reprend ensuite sur le même sujet ou sur un autre (cela est différent du patient névrosé qui cherche ses mots pour expliquer ce qu'il ressent ; ici, la pensée du patient n'est plus en mouvement et l'on perd tout relationnel : le médecin ressent un vide psychotique et une échappée, il est perdu).

Lorsque le patient est dans une phase délirante (en latin, « délira » signifie « sortir du sillon »), il a des propos qui s'éloignent de la réalité. Dans ce cas, le diagnostic est simple et un praticien « organiciste » le renverra vers un psychiatre.

Néanmoins, en dehors de ces phases délirantes aiguës, un certain nombre d'éléments doivent aiguïser l'attention :

1. Des difficultés à suivre la logique du discours du patient : la logique du patient vous échappe complètement, il est illogique ou trop logique en apparence, mais quelque chose ne tient pas (on n'arrive pas forcément à identifier de quoi il s'agit, mais on le sent).
2. Une confusion de l'esprit qui se trouve comme « colonisé » : le discours du patient est comme « habité » par quelque chose (que l'on a également parfois du mal à identifier, mais que l'on ressent).
3. Une méfiance diffuse du praticien, qui l'oblige à être sur ses gardes intérieurement sans raison particulièrement évidente (si ce n'est la perte de repères et l'anxiété/le malaise qui s'en suit) : cette peur est essentiellement liée aux attaques psychiques du psychotique, qui ont pour but de détruire notre propre appareil mental (ce n'est pas spécifiquement lié à une crainte d'agression physique quelconque). En effet, on a la sensation que le patient nous « sent » et qu'il essaie de nous « percer », ce qui est très déstabilisant. Le patient psychotique sent mais ne ressent pas, il est dans le sensitif en permanence et n'accède jamais à l'élaboration ou la représentation. De ce fait, il n'a pas accès à la symbolique ou au 2ème degré (auquel cas, il se sent comme persécuté et peut basculer très vite dans la violence). Il est donc primordial d'avoir un langage très clair et d'utiliser le 1er degré.
4. Les limites de la rencontre sont difficilement assurées.
5. Le discours du patient est mal adapté à la situation : on ne comprend pas certaines choses dans son discours, il utilise des mots qui nous sont inconnus (néologismes), il dit une chose et son contraire. Il vit dans un monde fermé et hermétique auquel nous n'avons pas accès.
6. La fatigue, la rencontre se révèle éprouvante, dévoreuse d'énergie pour le praticien.

Si l'on fait face à tous ces éléments, on a donc affaire à un patient **psychotique**. Dans ce cas, il est nécessaire qu'il consulte un psychiste (psychologue) afin d'être accompagné (bien que le traitement médicamenteux éventuel doive être prescrit par un psychiatre au préalable).

Chez un patient **schizophrène**, on retrouve un phénomène de **discordance** et **d'incohérence : rien ne tient debout et la dimension psychotique envahit sa vie**. La seule trace de cohérence sociale que l'on peut retrouver est dans la psychose hallucinatoire chronique (donc le plus souvent chez des personnes âgées).

Le patient **paranoïaque**, lui, fait preuve d'un délire particulier puisqu'il s'agit de délire paralogique : le mécanisme est interprétatif, les préjudices et persécutions qu'il remarque paraissent logiques, mais démarrent sur une base fausse. La discussion avec le patient paranoïaque est impossible, puisque ces personnes sont extrêmement rigides, orgueilleuses, et prétendent avoir toujours raison.

## II- LES FACTEURS DE RISQUE

---

### A- Les troubles métaboliques

---

Ce sont des pathologies liés à la fois aux troubles du comportement et également aux effets iatrogènes de certains médicaments :

- dyslipidémies,
- diabète...

### B- Les problèmes iatrogènes

---

- difficultés de détermination (troubles liés à la maladie ou au traitement, et difficulté de faire la différence entre les deux) ;
- difficultés de prise en charge : on surveille et prend en charge les choses au niveau du métabolisme et de la prise de poids si l'on peut.

## III- CONDUITE A TENIR

---

### A- Surveillance et prise en charge

---

- au niveau du **métabolisme** (si l'on peut) ;
- au niveau de la **prise de poids** (si l'on peut) ;
- le **syndrome d'aménorrhée et galactorrhée lié aux neuroleptiques** (ce qui est très complexe lorsqu'il n'y a que les neuroleptiques qui fonctionnent chez le patient, car on peut difficilement les arrêter) ;
- les **gynécomasties** chez l'homme, liées aux effets indésirables des neuroleptiques (c'est l'augmentation du taux de prolactine qui entraîne cette gynécomastie, et lorsque la prolactine augmente, la testostérone diminue).

## B- Quelles sont les précautions à prendre ?

---

Il est possible de modifier le traitement éventuellement en cause, dans sa nature ou sa posologie, mais l'on doit bien évidemment prendre beaucoup de précautions, car il demeure malgré tout des difficultés de choix du traitement et de sensibilités personnelles.

Il faut donc :

- bien évaluer la demande ;
- que le patient soit stabilisé (cela se sent car il existe un contact) ;
- que la relation thérapeutique soit satisfaisante.

Comme il s'agit de patients psychotiques, ils sont extrêmement « éparpillés » dans leur esprit. Il est donc essentiel de ne pas les éparpiller encore plus dans les prises en charge.

Le praticien peut suggérer au patient des modifications thérapeutiques s'il y a un aspect iatrogène évident, mais ça ne va pas plus loin, car c'est le psychiatre qui fera l'ordonnance.

## C- Quels sont les outils disponibles et les modifications thérapeutiques éventuelles ?

---

Il faut être très attentif lorsque l'on souhaite faire des modifications thérapeutiques, afin de ne pas casser l'équilibre du patient psychotique, qui est déjà quelque peu précaire.

- **Face aux troubles de l'excitation** : on peut prescrire des IPDE 5. Il est conseillé de ne prescrire que des boîtes de 4 (non-renouvelables) et de bien expliquer au patient comment ça fonctionne, et quelles sont les règles de prescription. Si le patient psychotique vit dans une forme de ritualisation parce que cela l'aide et le rassure, on peut s'en servir pour prescrire des comprimés, qu'il intégrera dans un rituel.
- **Face aux troubles de l'éjaculation** : il peut y avoir des éjaculations rétrogrades liées à certains types de médicaments, ou des éjaculations extrêmement retardées. Dans ce cas, il est possible d'essayer d'adapter le traitement, en gardant à l'esprit que tous les médicaments peuvent entraîner des effets indésirables. On peut prescrire du sildénafil (1 comprimé par 24 heures afin d'éviter les risques de chute tensionnelle).
- **Face aux troubles de l'orgasme** : il faut tenter d'adapter le traitement. Il faut également vérifier que le patient parle bien d'orgasme, et pas d'autre chose. Pour vérifier que l'on parle bien de la même chose, il est conseillé d'aborder des éléments plus archaïques en amont et d'observer si le patient est capable de faire la différence entre désir (jouissance) et plaisir (échange avec une compagne/un compagnon, activité masturbatoire), avant d'aborder les éléments factuels (éjaculation, érection, etc.).

Il faut toujours bien garder à l'esprit que c'est uniquement le psychiatre qui peut se prononcer sur la possibilité de faire ou l'impossibilité de faire.

## IV- CONCLUSION

---

Il existe donc plusieurs difficultés :

- la difficulté à identifier la demande et son sens avec précision ;
- la difficulté à évaluer les causes ;
- la difficulté de la prise en charge.

=> Il est nécessaire que le patient soit stabilisé afin qu'il existe une relation thérapeutique satisfaisante.

=> Si l'on sent qu'un patient est dans le monde de la psychose et que l'on n'est pas psychiste, il est préférable de ne pas s'y aventurer, par respect pour lui, mais aussi pour soi. En effet, cela comporterait des risques pour le praticien (épuisement, etc.). Pour prendre en charge ce type de patients, il est nécessaire d'être formé et outillé.

=> On doit toujours passer par le psychiatre référent quand il s'agit de modifier un traitement.