



Thèse

2015

Open Access

This version of the publication is provided by the author(s) and made available in accordance with the copyright holder(s).

---

Evaluation psychodynamique des troubles sexuels : élaboration d'une  
échelle d'évaluation

---

Soldati, Lorenzo

**How to cite**

SOLDATI, Lorenzo. Evaluation psychodynamique des troubles sexuels : élaboration d'une échelle d'évaluation. Doctoral Thesis, 2015. doi: 10.13097/archive-ouverte/unige:55649

This publication URL: <https://archive-ouverte.unige.ch/unige:55649>

Publication DOI: [10.13097/archive-ouverte/unige:55649](https://doi.org/10.13097/archive-ouverte/unige:55649)



UNIVERSITÉ  
DE GENÈVE



UNIVERSITÉ  
DE GENÈVE  
FACULTÉ DE MÉDECINE

Section de *Médecine clinique*  
Département de Psychiatrie  
Service des Spécialités  
Psychiatriques

Thèse préparée sous la direction du Professeur Jean-Michel Aubry

---

EVALUATION PSYCHODYNAMIQUE DES TROUBLES SEXUELS :  
ELABORATION D'UNE ECHELLE D'EVALUATION

Thèse  
présentée à la Faculté de Médecine  
de l'Université de Genève  
pour obtenir le grade de Docteur en médecine  
par

**Lorenzo SOLDATI**  
de

Venate (TI)

Thèse n° 10754

Genève, le 10 avril 2015

## **Remerciements**

Je remercie le Professeur Jean-Michel Aubry pour son soutien et ses commentaires constructifs tout au long du travail d'élaboration de cette thèse.

Je remercie Nathalie Recordon, Sandra Ter Pelle et Francine Gendre pour leur minutieux et précieux travail de relecture et correction du texte.

Je remercie le Professeur Georges Abraham, qui depuis de nombreuses années est devenu pour moi une source d'inspiration, grâce à ses réflexions, sa créativité et sa curiosité pour « l'humain ».

## Résumé

Cette thèse présente une revue de la littérature sur les échelles d'évaluation psychodynamique des personnes atteintes d'un trouble sexuel et propose une nouvelle échelle d'évaluation psychodynamique pour des personnes souffrant de troubles sexuels, le « Karolinska psychodynamic profile for sexual disorders » (KAPP-SD).

Le KAPP-SD a été développé en modifiant une échelle psychodynamique existante, le Karolinska psychodynamic profile (KAAP). Les items 13 et 14 du KAPP, qui concernent la sexualité, ont été enlevés, vu qu'ils ne proposent pas une évaluation strictement psychodynamique de la sexualité, et ont été remplacés par 3 autres items à valence psychodynamique : fantasme sexuel, conception de l'identité de genre et du rôle de l'identité de genre, conception de l'orientation sexuelle.

Cette échelle aidera les sexologues à intégrer les traits de caractère dans leurs évaluations sexologiques ainsi que les psychothérapeutes d'orientation psychodynamique à intégrer la dimension sexuelle dans les évaluations psychodynamiques.

# Table des matières

<b>Introduction</b>	<b>5</b>
<b><u>Historique de la sexologie et de la sexothérapie</u></b>	<b>5</b>
<b><u>Psychanalyse et sexualité</u></b>	<b>10</b>
<b>Psychosexualité</b>	<b>10</b>
<b>Fantasmes sexuels</b>	<b>13</b>
<b>Identité de genre</b>	<b>14</b>
<b>Orientation sexuelle</b>	<b>15</b>
<b>Sexualité et troubles sexuels</b>	<b>17</b>
<b><u>Echelles d'évaluation</u></b>	<b>19</b>
<b>Historique</b>	<b>19</b>
<b>Echelles d'évaluation psychodynamique</b>	<b>20</b>
<b><u>Buts de la thèse</u></b>	<b>22</b>
<b>Méthodes</b>	<b>25</b>
<b><u>Revue de la littérature</u></b>	<b>25</b>
<b>Karolinska Psychodynamic Profile</b>	<b>25</b>
<b>Scales of psychological capacities</b>	<b>27</b>
<b>Rating scales for ego functions</b>	<b>28</b>
<b>Shedler-Westen Assesement Procedure</b>	<b>28</b>
<b><u>Elaboration du KAPP-SD</u></b>	<b>30</b>
<b>Fantasmes sexuels</b>	<b>31</b>
<b>Conception de l'identité de genre et rôle de l'identité de genre</b>	<b>31</b>
<b>Conception de l'orientation sexuelle</b>	<b>33</b>
<b>Résultats</b>	<b>35</b>
<b>Discussion</b>	<b>37</b>
<b>Références</b>	<b>39</b>
<b>Annexes</b>	<b>47</b>
<b><u>KAPP-SD: Karolinska Psychodynamic Profile for Sexual Disorders</u></b>	<b>47</b>
<b><u>Items d'évaluation de la sexualité dans le KAPP</u></b>	<b>60</b>
<b><u>Items d'évaluation de la sexualité dans le KAPP-SD</u></b>	<b>62</b>

## **Introduction**

### **Historique de la sexologie et sexothérapie**

La sexologie se définit comme l'étude scientifique de la sexualité humaine (Bullough, 1989 ; Haeberle, 1983). Elle se base sur les connaissances et les méthodes d'étude de divers domaines académiques comme la biologie, la médecine, la psychologie, la sociologie, l'anthropologie et la criminologie. Elle a donc une dimension interdisciplinaire.

La sexologie étudie différents domaines comme le développement sexuel, le développement de l'identité de genre et de l'orientation sexuelle, ainsi que les relations affectives, les rapports sexuels et les troubles sexuels.

Si nous nous focalisons sur sa dimension clinique, nous pouvons observer qu'elle est très influencée par la pensée médicale, et le modèle biopsychosocial. Elle est caractérisée par la pratique diagnostique et curative de type médical. Cette pratique s'appuie sur deux courants : les connaissances de la physiologie humaine, avec le développement de traitements biologiques, et les connaissances de la psychologie humaine, avec le développement de techniques psychothérapeutiques. Les techniques psychothérapeutiques constituent une des principales mesures de l'intervention des sexologues (Soldati, 2010 ; Giami, de Colomby, 2002).

La sexothérapie est une forme de psychothérapie utilisant une série d'interventions techniques spécifiques au traitement des troubles sexuels. Le traitement peut être individuel, de couple ou de groupe en fonction du trouble et de la motivation des patients. Les techniques de sexothérapie comprennent des interventions cognitivo-comportementales, psychodynamiques, systémiques et psycho-éducatives (Donahy, Miller, 2000).

Des manuels traitant de la sexualité existent depuis l'Antiquité, tels que «Ars Amatoria» de Ovide ou «Kama Sutra» de Varsyayana, mais ces écrits ne parlent pas de sexualité de façon scientifique.

La sexologie comme étude scientifique des comportements humains naît dans l'Europe du 19ème siècle, dans un contexte politique caractérisé par un conflit entre une législation assez libérale par rapport à la sexualité qui venait du code napoléonique et des législations d'influence culturelle victorienne qui criminalisaient certains comportements sexuels, comme l'homosexualité (Bullough, 1989 ; Haeberle, 1983).

Durant la première moitié du XIXème siècle, deux théories s'imposaient dans la médecine académique : la théorie de la dégénération et celle de l'effet pathogène de la masturbation. Toute sexualité ne visant pas à la procréation était comprise comme une dégénération et la masturbation pouvait causer ces dégénération ou la folie (Pisciscelli, 1994). Religion, médecine, morale et éthique se mélangeaient dans la gestion politique de la sexualité.

En 1886, le psychiatre Richard Freiherr von Krafft-Ebing publie «Psychopathia Sexualis». Dans cet ouvrage, il propose une classification des troubles sexuels et cherche à donner une explication médicale aux différents troubles sexuels.

Par cette œuvre, il établit la sexologie comme discipline scientifique (Hoenig, 1977), mais le regard de Krafft-Ebing sur la sexualité est empreint de sa vision victorienne (Allgeier, Allgeier, 1992, p. 29-59). La sexualité qui ne vise pas à la procréation était perçue comme déviante, comme une maladie, et, par son ouvrage, cette vision de la sexualité se répandit dans l'opinion publique, vu que la « science » la cautionnait (Allgeier, Allgeier, 1992, p. 29-59). Il faudra attendre les travaux de Havelock Ellis et Sigmund Freud pour se libérer de la vision victorienne et établir les bases de l'étude scientifique de la sexualité humaine.

Havelock Ellis publie entre 1897 et 1910 6 volumes sur la sexualité; un septième volume est publié en 1928. Son premier livre «Das Könrare Geschlechtgeföhle», l'inversion sexuelle, est un ouvrage dans lequel il cherche à élargir le spectre des comportements sexuels normaux. Il est le premier scientifique à ne pas regarder l'homosexualité comme une maladie, ou un fait immoral, s'opposant ainsi à la vision victorienne de la moralité (Hoenig, 1977). L'homosexualité était pour lui congénitale, une variation normale de l'hétérosexualité et ne pouvait pas être un vice ou un choix moral (Allgeier, Allgeier, 1992, p. 29-59). Il pensait que les personnes peuvent être atteintes d'une perversion sexuelle, mais être par ailleurs saines. Dans son deuxième ouvrage «La pudeur, la périodicité sexuelle, l'autoérotisme», il critique les théories dominantes du XIXème siècle qui voyaient la masturbation en lien avec la folie en la décrivant comme «un phénomène inévitable et bénin» (Allgeier, Allgeier, 1992, p. 29-59). Dans ses textes successifs, il revient sur l'idée que la plupart des déviations sexuelles étaient congénitales et liées à des aspects de la sexualité normale (Allgeier, Allgeier, 1992, p. 29-59). Dans ces textes il développe les concepts d'inversion, d'autoérotisme et de narcissisme qui seront plus tard repris par Freud (Hoenig, 1977).

Le début du 20ème siècle voit la naissance de la psychanalyse et des théories psychanalytiques de Freud concernant la sexualité. Son ouvrage de 1905, «Trois essais sur la théorie de la sexualité» (Freud, 1987), fut accueilli avec indignation et dérision dans les milieux intellectuels de l'époque, mais, malgré cela, la psychanalyse devint la structure théorique la plus influente de l'époque et a fortement influencé la recherche en sexologie (Abraham, Pasini, 1974).

Mais Freud, à la différence de Havelock Ellis, ne s'intéresse pas qu'à la sexualité mais élabore une théorie globale de la personnalité et de la psychopathologie.

Quand Freud parle de sexualité il entend psychosexualité (Freud, 1987), il ne s'agit pas de la sexualité de la sexologie, la psychosexualité a une dimension psychoaffective, elle est liée au besoin d'amour et au plaisir en général. Elle est organisatrice de la personnalité, de l'identité des individus (Sztalryd, 2007 ; Abraham, Porto, 1978).

Cette conception de la personnalité humaine a aussi changé la vision de la sexualité adulte.

Nous devons à la psychanalyse une vision de la sexualité partiellement autonome de la reproduction. Nous lui devons aussi une recherche d'une certaine conflictualité liée au développement de l'individu et la valorisation de l'imaginaire et des fantasmes comme réservoir inépuisable de l'érotisme (Pasini, 1993).

Mais la compréhension qu'a Freud de la sexualité est liée aux manifestations névrotiques. Il y a pour lui une étroite relation entre les vicissitudes du complexe d'Oedipe et le vécu de la sexualité adulte. Il crée donc une sexologie psychiatrique (Abraham, Pasini, 1974).

Avec les travaux de Krafft-Ebing, Havelock Ellis et puis Freud, la médecine commence à céder la place à la psychiatrie dans le contrôle des thérapies sexuelles (Berry, 2013).

Entre la moitié des années 1900 et la moitié des années 2000, suite à la popularité de la psychanalyse, la sexologie s'oriente vers des explications psychogénétiques et des traitements psychanalytiques. Si dans cette période, dans les milieux académiques on se référait à des modèles intégratifs de la biologie, psychologie et sociologie, au niveau des praticiens il y a eu un mouvement vers des explications psychologiques et des psychothérapies des troubles sexuels, en négligeant l'aspect physiologique. Les sexothérapeutes s'intéressaient de plus en plus aux facteurs psychologiques et aux interventions psychanalytiques. Ceci fera que, jusque dans les années 60, les dysfonctions sexuelles et les paraphilies étaient traitées par des psychiatres d'orientation psychanalytique, avec souvent une négligence des aspects biologiques, en désaccord avec les découvertes académiques dans le domaine de la biologie

(Berry, 2013). La théorie psychanalytique classique considérait que la cause des troubles sexuels résidait dans les conflits inconscients infantiles non résolus. Le traitement visait l'exploration et la résolution de ces derniers. (Kaplan, Sadock, 2009).

En même temps que Freud construit son corpus théorique, la sexologie connaît des développements, surtout dans l'Allemagne pré-nazis. En 1919, Magnus Hirschfeld fonde l'Institut für Sexualwissenschaft à Berlin, qui sera détruit par les Nazis en 1933 (Haeberle, 1983, Bullough, 1989). Pendant cette période, l'Allemagne était leader dans le domaine scientifique de la sexologie. Hirschfeld travaillait avec une équipe multidisciplinaire qui associait médecins et non-médecins. Il avait créé la première revue de sexologie et ouvert le premier congrès de sexologie en 1918. Dans ses travaux, Hirschfeld a abordé la problématique de l'identité de genre, en identifiant les caractéristiques syndromiques des transsexuels, qu'il avait appelé « Transvestiten » (Poudat, Jarousse, 1999).

Après la Seconde guerre mondiale, la renaissance de la sexologie a lieu aux Etats-Unis, où d'importantes études sur les comportements sexuels, sur la physiologie de la réponse sexuelle et sur les dysfonctions sexuelles ont vu le jour, ce qui a permis de remarquables avancées dans les connaissances en sexologie (Haeberle, 1983).

Déjà dans les années 1930, Alfred Kinsey, se rendant compte qu'il n'y avait que peu de connaissances scientifiques sur les dimensions sexuelles du mariage, établit un groupe de recherche et distribua des questionnaires à des milliers d'Américains en investiguant leurs expériences et leurs comportements sexuels. Les fruits de ces recherches épidémiologiques se concrétisèrent dans la publication de « Sexual behavior of the human male » en 1948 et de « Sexual behavior of the human female » en 1953. Ces rapports mirent en évidence une extrême variété de comportements sexuels humains, notamment la diffusion de plusieurs comportements sexuels comme les pratiques homosexuelles, la masturbation ou les relations extraconjugales. L'impact des rapports de Kinsey sur le grand public fut énorme, à l'origine d'un renouvellement culturel concernant la sexualité (Allgeier, Allgeier, 1992, p. 29-59).

En 1976, en plein mouvement féministe, Shere Hite publie le *Hite report*. Dans cet ouvrage, en s'appuyant sur les réponses reçues suite à l'envoi de milliers de questionnaires aux femmes américaines, elle démontra par une analyse statistique que les femmes parviennent plus facilement à l'orgasme par des pratiques masturbatoires solitaires au niveau du clitoris que par des rapports sexuels par pénétration vaginale avec un partenaire masculin. Hite soutint que l'organe sexuel de la femme est le clitoris et non le vagin. Elle proposa la libération d'une conception machiste de la sexualité féminine, véhiculée aussi par les théories freudiennes ainsi que de nouvelles normes de la sexualité féminine (Piscitelli, 1994).

A côté de la vision psychanalytique dominante, il y a toujours eu une autre vision du soin, plus pragmatique et directive, dans laquelle l'idée de base était l'apprentissage de comportements sains. Dans ces approches, l'hypnose était déjà en vogue au début du XXème siècle. Von Schenck-Notzing, en 1895, écrivait déjà sur l'utilisation de l'hypnose dans les troubles sexuels. D'autres approches pragmatiques ont émergé durant le XXème siècle : la relaxation progressive de Schultz en 1951, la méthode « Start-Stop » de Semans pour l'éjaculation précoce en 1956, l'utilisation de dilateurs pour le vaginisme par Hastings en 1967. Il s'agit d'approches empiriques, athéoriques (Bancroft, 2009, p. 344-346).

Dans les années 50 et 60 se développe la thérapie comportementale moderne, avec, au début, beaucoup d'emphase sur le conditionnement aversif des comportements non désirables,

comme par exemple l'homosexualité. Les procédures aversives ont presque disparu de nos jours, et des approches positives visant à apprendre de nouveaux comportements se sont développées.

Les comportementalistes ont longtemps critiqué l'approche psychanalytique, car ils croyaient qu'il était possible d'avoir des problèmes sexuels tout en étant psychologiquement sain. Il n'était donc pas indispensable pour eux de faire un traitement long et de s'occuper du passé des patients.

Les approches comportementalistes traitent directement les dysfonctions sexuelles en utilisant des techniques de conditionnement visant à vaincre l'anxiété et à réduire la sensibilité aux stimuli anxiogènes (Allgeier, Allgeier, 1992, p. 229-243).

Les comportementalistes partent du principe que la plupart des comportements, y compris les comportements sexuels, sont influencés par les processus d'apprentissage (Allgeier, Allgeier, 1992, p. 61-84).

Le patient est vu comme un phobique de la relation sexuelle. Celle-ci génère de l'angoisse et le thérapeute aide à gérer l'anxiété. La réponse anxiogène est ainsi inhibée et un comportement sans anxiété encouragé.

Puis, progressivement, les théoriciens de l'apprentissage social commencèrent à analyser l'influence des autres personnes et des processus mentaux sur les comportements sexuels. Ces approches soulignent le rôle que jouent des facteurs comme les expériences passées, l'influence des parents, les normes sociales, les événements biologiques et les expériences sexuelles actuelles, sur la façon de penser et de se comporter sur le plan sexuel, en mettant l'accent sur les processus mentaux.

Vers la fin des années 50, Joseph Wolpe fut le premier à utiliser des techniques comportementalistes de réduction de l'anxiété pour traiter des troubles sexuels. Par la suite, l'approche comportementaliste fut popularisée par Masters et Johnson au début des années 70 même si ces derniers n'utilisaient pas le conditionnement en tant que tel, mais les tâches qu'ils assignaient à leurs clients étaient très semblables aux techniques employées par Joseph Wolpe (Allgeier, Allgeier, 1992, p. 229-243).

En 1966 et 1970, Masters et Johnson ont publié les 2 ouvrages princeps dans l'histoire de la sexologie moderne, « Human Sexual Response » et « Human Sexual Inadequacy ». Ces livres sont le fruit des observations scientifiques des réactions sexuelles humaines faites en laboratoire, qui ont permis de connaître la physiologie des rapports sexuels.

Masters et Johnson ont observé des participants par une vitre sans tain pendant que ces derniers se masturbaient ou avaient des relations sexuelles. Ils mesurèrent les réactions physiologiques à l'aide d'appareils fixés autour du pénis ou introduits dans le vagin. Ils découvrirent par exemple que, à la différence de ce que théorisait Freud, l'organe le plus sensible sexuellement chez la femme était le clitoris et non le vagin (Allgeier, Allgeier, 1992, p. 29-59).

Masters et Johnson proposèrent dans « Human Sexual Inadequacy » un traitement intensif mais qui durait seulement 2 semaines. Il s'agissait d'une approche athéorique. « Human Sexual Inadequacy » est le texte qui a le plus influencé la thérapie sexuelle et ce, encore à l'heure actuelle (Bancroft, 2009, p. 344-346).

L'approche de Masters et Johnson est une approche de couple qui voit le trouble sexuel comme le résultat d'une dysharmonie du couple. La thérapie vise donc à améliorer la relation de couple. Il y a une attitude éducative concernant les aspects physiologiques et psychologiques du fonctionnement sexuel. Ce traitement est conçu à court terme et avec une orientation comportementale. Il y a des exercices spécifiques comme le « sensate focus », la « stop-start technique », l'utilisation d'un vibromasseur ou les exercices de Kegel. Les buts du

traitement sont à visée éducative, afin de diminuer la peur de la performance sexuelle et de faciliter la communication dans le couple (Kaplan, Sadock, 2009).

L'approche sexologique proposée par Masters et Johnson est le premier modèle biopsychosocial proposé en sexologie. Pour eux, les troubles sexuels peuvent avoir une origine « biophysique » ou « psychosocial » ; ils proposent donc un modèle de thérapie qui tient compte de tous les aspects du modèle biopsychosocial (Berry, 2013).

Le modèle biopsychosocial est, depuis les années 70, le modèle de référence en sexologie comme en psychiatrie.

La popularité de la thérapie de Masters et Johnson a contribué à éloigner progressivement la sexologie de la psychanalyse, à la faveur des approches cognitivo-comportementales (Berry, 2013).

Dans les années 1970 se sont développées différentes nouvelles approches psychothérapeutiques, qui ont aussi été intégrées en sexologie. Parmi ces approches, il y a les thérapies systémiques, les approches corporelles, la relaxation, l'hypnose et les thérapies groupales (Soldati, 2010 ; Bianchi-Demicheli, Zutter, 2005).

La sexothérapie, surtout dans les approches de couple, a bénéficié des théories systémiques, en intégrant la focalisation sur l'analyse du type de communication dans le couple, sur l'influence que certains types de communication ont sur la survenue et le maintien de comportements problématiques et sur l'amélioration de cette communication (Pasini, 1993).

On a recommencé aussi à utiliser les techniques d'hypnothérapie en sexothérapie. Ces techniques visent les situations qui produisent de l'anxiété et tentent de changer l'attitude des patients vis-à-vis de ces situations (Kaplan, Sadock, 2009 ; Allgeier, Allgeier, 1992, p. 229-243).

Les thérapies à médiation corporelles ont aussi pris une place dans la sexothérapie. Dans ces approches, le corps est au centre de la démarche et on cherche par diverses techniques de valoriser la sensualité plutôt que la sexualité et la primauté de l'expérience dans l'ici et maintenant, par rapport à une compréhension mentale (Pasini, 1993).

Les thérapies de groupe ont aussi été utilisées pour des personnes atteintes de troubles sexuels. Souvent, elles étaient d'orientation comportementaliste et éducative. Elles donnent l'opportunité de mettre en lumière de fausses croyances, de recevoir des informations et de favoriser l'estime de soi (Allgeier, Allgeier, 1992, p. 229-243).

L'énorme popularité des sexothérapies à court terme a amené plusieurs cliniciens à penser les approches psychanalytiques comme moins importantes (Soldati, 2010). Mais, en même temps, les sexologues ont très vite été confrontés à la nature des symptômes sexuels, symptômes toujours liés à des processus complexes inter et intra-personnels et ont été poussés à développer des approches éclectiques (Bancroft, 2009, p. 344-346).

En 1974, Kaplan propose une approche thérapeutique qui combine des techniques comportementales dans une perspective psychothérapeutique psychanalytique (Kaplan, 1974). Pour Kaplan, un grand nombre de problèmes sexuels peuvent s'améliorer par des exercices comportementaux sans devoir résoudre les conflits inconscients. Si par contre les conflits inconscients font surface, notamment par de la résistance aux exercices comportementaux, elle propose d'intégrer une approche psychanalytique pour aider le patient à comprendre les

aspects moins visibles de sa personnalité et vaincre les résistances (Bancroft, 2009, p. 344-346).

À la fin des années 1970, Pasini, à Genève, propose une approche thérapeutique qui combine des thérapies à médiation corporelle à une approche psychothérapeutique psychanalytique (Pasini, 1976 ; 1978 ; 1993).

Après l'émergence dans les années 70 du modèle biopsychosocial en sexologie, dès les années 80, il y a des avancées dans les méthodes biomédicales et dans les biotechnologies. On voit alors apparaître plusieurs thérapies sexologiques, notamment pour les troubles érectiles, comme les injections de vasodilatateurs, les thérapies hormonales, les pompes à vide et les traitements chirurgicaux d'implants pénien. On commence aussi à utiliser les antidépresseurs pour l'éjaculation précoce et puis, en 1998, il y a l'arrivée « révolutionnaire » du Viagra®. Cela a provoqué un passage du modèle biopsychosocial vers un modèle physiologique et pharmacologique. La sexopharmacologie et la médecine sexuelle ont mis l'accent sur le côté biologique des dysfonctions sexuelles, en devenant le modèle dominant. Mais ce modèle a été critiqué comme réductionniste, oubliant les composantes psychologiques et interpersonnelles (Althof, 2006 ; Berry, 2013).

Par ailleurs, l'efficacité et surtout la compliance aux traitements médicaux en sexologie a été mise en cause par les études scientifiques (Althof, 2006). De plus, la médecine fondée sur les preuves montre que l'efficacité des sexothérapies est limitée et que les approches intégratives sont à privilégier (Soldati, 2010, Althof Leiblum, 2005). Dans ce contexte, la communauté scientifique encourage le retour à un modèle biopsychosocial.

De nouveaux modèles, prenant en compte l'évolution des connaissances en sexologie ont fait leur apparition.

Bancroft a proposé un modèle de contrôle dual, qui postule que la réponse sexuelle et l'excitation sexuelle sont déterminées par un équilibre entre deux systèmes cérébraux, le système d'excitation sexuelle et le système d'inhibition sexuelle, chacun des deux ayant un substrat neurobiologique (Bancroft, 2009, p. 15-18).

L'encouragement de la communauté scientifique au modèle biopsychosocial et aux approches intégratives redonne un intérêt grandissant pour l'approche psychanalytique.

## **Psychanalyse et sexualité**

### **Psychosexualité**

La psychanalyse est une théorie de la personnalité et de la psychopathologie qui cherche à donner une compréhension des comportements et de l'expérience des individus. Elle représente le corpus théorique de référence pour une grande variété d'interventions thérapeutiques (Meissner, 2005). Sa pratique actuelle se base sur des perspectives théoriques diverses (Meissner, 2005). Il s'agit d'une démarche clinique qui permet un remaniement en profondeur de la subjectivité de l'individu (Sztalryd, 2007).

Les concepts psychanalytiques de sexualité infantile, de libido, de développement psychosexuel, de perversion, montrent comment la sexualité a une place centrale dans le corpus théorique de la psychanalyse.

Et pourtant, la psychanalyse ne semble pas avoir la même conception de la sexualité que la sexologie (Soldati, 2010).

Comme nous l'avons déjà souligné dans l'introduction historique, quand Freud parle de sexualité il entend psychosexualité (Freud, 1987). La psychosexualité désigne toute une série d'excitations et d'activités, présentes dès l'enfance, qui procurent un plaisir irréductible à l'assouvissement d'un besoin physiologique fondamental (respiration, faim, fonction d'excrétion,..) et qui se retrouvent à titre de composantes dans la forme dite normale de l'amour sexuel (Laplanche, Pontalis, 2004).

A la base de la théorie freudienne de la psychosexualité il y a la pulsion, concept limite entre le psychique et le biologique qui prend son origine dans le corps et influence le psychisme. Il y a différentes pulsions, dont la pulsion sexuelle (Chiland, 2005).

Freud professa une théorie dualiste des pulsions caractérisée par le conflit entre différentes pulsions, pulsions sexuelles et pulsions agressives, puis, pulsions de vie et de mort. Les pulsions de vie visent à préserver l'individu et l'espèce, les pulsions de mort essayent de ramener l'organisme à son état originel de matière inorganique (Chiland, 2005).

La pulsion sexuelle a pour but un gain de plaisir et se dirige vers des zones du corps ou des personnes pour satisfaire ces besoins de plaisir.

Freud formule une théorie développementale de la psychosexualité caractérisée par différents stades de la naissance à la puberté. Les différents stades sont le stade oral, anal, phallique, avec la structuration du complexe d'Œdipe, et génital. Dans chacun de ces stades, la pulsion provoque des vécus corporels et impose un travail psychique aboutissant à des représentations psychiques de ces vécus corporels. Il y a la psychisation de ces vécus corporels (Chiland, 2005). Le vécu psychique de ces différents stades contribue à la construction de la personnalité de l'individu et aura des influences sur la sexualité adulte (Chiland, 2005).

Le stade libidinal est caractérisé par une organisation spécifique de la libido, liée à une zone érogène sur laquelle se centre l'excitation et autour de laquelle s'organisent des fantasmes, des mécanismes de défense et différents types de relation d'objet.

Le stade oral est caractérisé par l'investissement libidinal de la zone de la bouche, de la succion, de la satisfaction et du plaisir de l'incorporation du lait maternel.

L'objet avec lequel l'enfant est en relation est le sein maternel. L'enfant fait l'expérience fantasmatique de l'incorporation du bon objet, première relation d'objet.

Il y a une absence de différenciation entre son propre corps et celui de l'autre, l'enfant perçoit la mère comme une partie de lui.

Les soins corporels de la mère donnent le début d'un sentiment de subjectivité, d'image corporelle et de confiance en soi-même (Freud, 1987 ; Roussillon, 2007).

Freud théorise aussi un stade sadique oral, caractérisé par la poussée des dents, par le fait de mordre les objets, comme le sein maternel. L'enfant vit ses pulsions cannibaliques et ses envies de détruire l'autre. La relation d'objet devient l'incorporation sadique et destructrice.

Ce stade est caractérisé par l'alternance de sentiments d'amour et de haine avec une grande ambivalence et un conflit entre la voie autoérotique et hétéro érotique des satisfactions.

Le dépassement harmonieux du stade oral est indispensable pour la construction de l'identité, de la confiance de soi, des aspects caractériels de générosité, de la capacité d'établir une relation de dépendance confiante (Freud, 1987, Roussillon, 2007).

Le stade anal s'étaye sur la rétention ou l'évacuation des selles, qui provoquent à l'enfant du plaisir et engendrent des fantasmes de rétention, de possession conservatrice des selles ou d'évacuation destructrice, sadique. L'enfant peut tenter de manipuler l'objet, en le frustrant ou en le satisfaisant avec le « cadeau » des selles. La défécation fournit à l'enfant la première occasion de décider entre l'attitude narcissique et l'attitude d'amour d'objet.

Ce stade est consacré à la maîtrise de l'objet et est caractérisé par l'ambivalence vis-à-vis de ce dernier. C'est à ce moment que le sujet prend vraiment en considération l'autre et tente d'agir sur l'objet pour diminuer sa dépendance vis-à-vis de lui. Dans ce stade, se développent plusieurs caractéristiques comme l'autonomie des parents, l'indépendance, le contrôle de soi, de ses sensations corporelles et de l'autre, le doute et la honte (Freud, 1987, Roussillon, 2007).

Le stade phallique est caractérisé par l'investissement narcissique du phallus, qui est, selon Freud, le pénis. Le pénis est conçu comme porteur de puissance et de complétude.

L'enfant développe une curiosité pour les organes génitaux et s'aperçoit de la différence des sexes, s'intéresse à l'identité sexuée et aux rôles sexuels.

L'opposition entre les deux sexes sera vécue, selon Freud, comme une opposition phallique/châtré. Le petit garçon en développera l'angoisse de castration et la petite fille l'envie du pénis. Mais, si ce stade est dépassé de façon harmonieuse, la différence des sexes va être acceptée, ce qui engendrera un sentiment d'orgueil d'être un homme ou une femme.

Mais, l'acceptation de la différence des sexes rend sans valeur l'illusion narcissique de l'enfant de pouvoir faire tout seul; il faut faire avec l'autre. La solution pour retrouver l'idéal narcissique est de se mettre en couple, faire couple avec l'autre, avec un des parents, en excluant l'autre, mais avec le risque de représailles de la part du parent exclu. L'enfant se construit alors ses fantasmes œdipiens et « rentre dans l'Oedipe ».

Dans le jeu de l'Œdipe, l'enfant doit trouver un équilibre entre satisfaction et frustration, qui l'aide à accepter la différence des sexes et des générations.

Le complexe d'Œdipe est primordial puisqu'il favorise le développement de l'identité sexuée et de l'orientation sexuelle par les identifications avec les parents et le choix d'objets d'amour (Freud, 1987, Roussillon, 2007).

Le stade génital représente selon Freud la forme accomplie de l'amour, où il y a l'union de la sexualité et de la tendresse et l'instauration d'une relation d'objet totale. Il commence à s'instaurer après la résolution du complexe d'Œdipe et se concrétise seulement à la puberté (Freud, 1987, Roussillon, 2007).

Certains théoriciens, après Freud, ont reconceptualisé la psychosexualité en utilisant la théorie des relations d'objet. Pour Freud, la libido est une énergie qui s'accumule et qui, en s'accumulant, produit du déplaisir. Au contraire, la décharge de cette pulsion produit du plaisir. En contraste avec cette vision, Fairbairn, pense que l'enfant ne serait pas à la recherche de satisfaction de sa pulsion sexuelle via le corps, mais à la recherche d'une relation avec l'objet (Toller, 2002). Cette relation se ferait au début avec des objets partiels puis avec des objets totaux. Ce n'est plus la pulsion sexuelle mais la relation qui est à l'origine du développement psychosexuel de l'enfant. Dans cette perspective, la division entre l'intrapsychique et l'interpersonnel devient moins évident. La libido devient un phénomène entre deux personnes (Toller, 2002).

Par la suite, plusieurs auteurs se sont éloignés de la centralité de la psychosexualité dans leurs théorisations psychanalytiques, en se focalisant plus sur le domaine des relations émotionnelles (Fonagy, 2008). Dans cette perspective, la psychosexualité a été remplacée par des théories axées sur les conséquences de la vulnérabilité et de la dépendance de l'enfant. Actuellement, surtout parmi les théoriciens de la relation d'objet, on voit les réactions à caractère sexuel comme une défense à une problématique de la relation. Le risque est de déssexualiser la sexualité (Fonagy, 2008). En plus, dans l'optique relationnelle, on néglige implicitement le corps, on néglige le fait que l'expérience psychique trouve son origine dans

l'expérience physique, comme l'expliquait Freud il y a cent ans en définissant la pulsion, et comme l'ont montré les travaux de plusieurs scientifiques cognitivistes comme Lakoff and Johnson. Ces derniers ont montré que la vie psychique se construit à partir des représentations des expériences sensorimotrices de l'enfant (Fonagy, 2008). Plusieurs auteurs ont souligné le risque de s'éloigner du corps et de dériver vers un constructivisme social et proposent de redonner un rôle central au concept de psychosexualité (Fonagy, 2008).

Par contre, d'autres auteurs ont continué à développer leurs théories en partant du concept de la psychosexualité.

Pour Laplanche (2001), le développement psychosexuel de l'enfant est fortement marqué par la mère, par sa sexualité et par son inconscient. Par sa théorie de la sexualité généralisée, il propose une explication du passage de l'activité instinctuelle non sexuelle de l'enfant à la psychosexualité. Pour lui, la mère séduit inconsciemment l'enfant, quand ce dernier est en état d'excitation psychique, notamment suite à l'expérience frustrante de la perte d'objet. L'objet de désir devient l'idée de l'objet perdu à retrouver. Donc la séduction inconsciente de la mère transforme une excitation non sexuelle en un moment autoérotique et lui donne ce sens de mystère (Fonagy, 2008). Pour d'autres psychanalystes, l'absence d'empathie parentale pour les émois sexuels de l'enfant procure à la sexualité un inévitable sens du trauma (Dimen, Goldner, 2005).

Fonagy en 2008 propose un nouveau modèle de la sexualité humaine et de la psychosexualité en se basant sur les recherches d'observation développementale. En partant de l'observation que la capacité de régulation émotionnelle se met en place chez l'enfant à travers le miroitage des affects de l'enfant par les parents, il souligne comment les émois sexuels de l'enfant sont systématiquement non miroités. Les émois sexuels restent donc dérégulés chez tout un chacun. Pour Fonagy, la psychosexualité est à relier à la « folie » du spectre « borderline ». Dans ces deux conditions, il y a une difficulté de régulation de l'affect due à un défaut de miroitage de la part des parents ne permettant pas de lier les aspects non intégrés du self dans des représentations d'affects cohérents. Cela crée une désorganisation au niveau du self avec la nécessité d'utiliser des mécanismes primitifs comme l'identification projective pour tenter de réguler ces états affectifs. L'impossibilité de miroiter les états d'excitation sexuelle dans l'enfance crée ce sens énigmatique, ce sens de « Unheimlich » du psychosexuel et de l'excitation sexuelle de l'adulte.

Pour Fonagy, dans la sexualité adulte, le plaisir viendrait de l'impression d'être en contact avec le plaisir et les émotions du partenaire via des mécanismes d'identification projective. Dans la relation sexuelle, les expériences d'excitation sexuelle non intégrées sont projetées sur l'autre et vécues via l'autre. Cela permet une réintégration de ses états, en rouvrant le processus d'intégration qui s'était bloqué dans l'enfance.

Déjà dans les années 80, Person (1986) pensait que le terme psychosexualité était dépassé pour une compréhension psychanalytique de la sexualité adulte. Elle propose un modèle psychanalytique de compréhension de la sexualité adulte, s'intéressant aux fantasmes sexuels plus récurrents, les « sexe prints », à l'identité de genre et à l'orientation sexuelle.

### **Fantasmes sexuels**

Freud considérait les fantasmes sexuels conscients comme problématiques (Pasini, Crépault, 1987). Ils étaient, selon lui, les précurseurs d'une névrose, donc l'idéal était de réussir à les éliminer, à les sublimer dans des activités de la vie réelle.

Par contre, Havelock Ellis normalise les fantasmes sexuels, en les considérant comme des ingrédients normaux du désir sexuel (Pasini, Crépault, 1987).

Albert Moll s'est aussi intéressé aux fantasmes sexuels et, en 1923, a proposé une thérapie pour modifier les fantasmes sexuels des pervers.

Par la suite, le monde scientifique ne s'est pas réellement intéressé aux fantasmes sexuels.

Masters et Johnson n'accordent aucune place dans leur modèle de réponse sexuelle au désir ni au fantasme. Il faudra attendre Helen Kaplan pour que soit ajoutée la phase de désir.

Par contre, en dehors du monde scientifique, l'intérêt du grand public pour les fantasmes sexuels devient de plus en plus important dès les années 70, notamment avec la publication du rapport Hite et du livre de Nancy Friday «My secret garden » (Pasini, Crépault, 1987).

Puis, plusieurs auteurs ont souligné l'intérêt psychodynamique des fantasmes sexuels.

Pour Stoller (1979a), le fantasme sexuel dépasse la dimension de la sexualité adulte, en étant une porte d'entrée pour les conflits inconscients, les blessures narcissiques, les traumatismes, les relations d'objet interne. Il faut donc, pour lui, explorer les fantasmes sexuels dans les psychothérapies.

Pasini et Crépault (1987) définissent le fantasme sexuel comme une représentation mentale consciente se traduisant habituellement sous une forme plus ou moins imagée et ayant une valeur hédonique susceptible de provoquer une excitation génitale. Pour eux, les dynamiques inconscientes déformées par les processus défensifs, participent à la formation des fantasmes sexuels. L'analyse des fantasmes sexuels permet l'évaluation des problématiques inconscientes.

Pour Person (1995), les fantasmes peuvent varier mais chaque personne a son empreinte sexuelle, un modèle érotique spécifique, qui reste durablement stable. Cette empreinte prend son origine dans les thèmes de pouvoir et de plaisir liés aux expériences de la vie précoce et aux conflits impliquant l'identité de genre et la gestion du plaisir. Person pense que les fantasmes sexuels représentent des désirs inconscients en réaction à des frustrations. Ils peuvent avoir plusieurs fonctions, par exemple ils peuvent être une tentative de transformer des sentiments négatifs en sentiments plaisants, ils peuvent donner une sécurité, renforcer l'estime de soi, et réparer des angoisses d'abandon.

Plusieurs autres auteurs psychanalytiques ont souligné l'importance psychanalytique des fantasmes sexuels (Friedman, Downey, 2000).

## **Identité de genre**

L'identité de genre est une configuration psychologique intégrant l'identité personnelle avec le sexe biologique dans un sentiment de soi-même d'être homme ou femme. Elle inclut toutes les variables individuelles de la masculinité et de la féminité (Tyson, 1982a).

Historiquement, il y a eu trois théorisations psychanalytiques sur l'origine du genre : la théorie freudienne, celle de Horney et Jones, et plus récemment, la théorisation de Stoller. Seule la théorisation de Stoller prend en compte le concept de genre introduit par Money en 1955 (Person, Ovesey, 1983).

Freud (1987) pensait que la masculinité et la féminité étaient la conséquence psychologique des conflits intrapsychiques élaborés pendant le stade phallico-œdipien. L'enfant devait passer par l'acceptation de la différence des sexes et aboutir à des identifications aux parents du même sexe. Mais, avec sa théorie phallocentriste, il voyait la féminité comme tout ce que la masculinité refusait, ce dont la petite fille devait se contenter après la découverte qu'elle

n'avait pas de pénis, en renonçant à son illusion d'identité de genre masculine, qui était selon Freud identique chez le garçon et la fille avant la découverte de la différence des sexes (Person, Ovesey, 1983 ; Dimen, Goldner, 2005).

Horney et Jones ont critiqué les théories freudiennes en avançant que la féminité de la fille, comme la masculinité du garçon sont innées et dérivent des sensations corporelles du vagin. Ces propositions ont ouvert la voie aux réflexions psychanalytiques sur les liens entre sensations corporelles, moi corporel et identité de genre (Dimen, Goldner, 2005).

Freud, dans ses théorisations, privilégiait la relation œdipienne au père, par la suite les théoriciens des relations d'objet ont privilégié les relations précoces avec la mère en voyant le genre comme influencé par les processus d'attachement et d'identification à elle, ainsi que des processus de séparation et d'individuation à elle.

Stoller (1976), dans ces travaux à partir de 1968, introduit le concept de genre en psychanalyse comme dimension organisatrice. Cela a donné naissance à l'étude psychanalytique du genre. Pour Stoller, les identifications faites, au cours du développement, aux objets du même sexe et du sexe opposé contribuent à donner l'identité de genre de la personne (Stoller, 1976). Il théorise une phase initiale de féminité chez la fille et le garçon, ce qu'il a appelée proféminité. La proféminité dérivait selon lui de l'identification primaire à la mère. Pour le garçon par la suite, il y avait une phase de désidentification de la mère et l'identification au père.

Person et Ovesey en 1983 ont critiqué les théories classiques sur le genre en montrant qu'il n'y a pas d'évidence pour un genre original masculin ou féminin, comme le soutenaient Freud et Stoller, ni pour une dimension innée, comme théorisé par Horney et Jones (Person, Ovesey, 1983 ; Dimen, Goldner, 2005).

Pour Person et Ovesey, le complexe d'Oedipe est encore crucial dans la construction de la féminité et de la masculinité, mais il est vu comme un processus qui se surajoute aux phénomènes plus précoces de la formation du genre (Person, Ovesey, 1983 ; Dimen, Goldner, 2005).

Ils suggèrent, au contraire, que masculinité et féminité sont deux constructs parallèles, élaborés par le biais des expériences et des cognitions en conformité avec l'assignation sexuelle à la naissance et les soins prodigués. Il s'agit, selon eux, d'une construction conflictuelle psychologique. Il n'y a pas seulement un simple processus d'identification avec le parent du même sexe, mais un processus complexe souvent lié aux vicissitudes de la phase de séparation – individualisation. Le genre devient avec eux une ressource symbolique qui peut être utilisée par le sujet pour exprimer ou résoudre les conflits psychiques. La vision de l'identité de genre de Person est en contraste avec la vision dichotomique classique homme-femme. Elle voit l'identité de genre comme un système compliqué de fantasmes et d'identifications, certains masculins et certains féminins (Dimen, Goldner, 2005).

Les auteurs influencés par le féminisme en psychanalyse ont complexifié les théories psychanalytiques du genre en conceptualisant le genre comme une entité à la fois psychanalytique et sociologique. Les théories féministes conceptualisent le genre comme un idéal normatif, une construction culturelle. Les analystes féministes se sont intéressées aux implications pathologiques engendrées chez l'individu par cet idéal (Dimen, Goldner, 2005). Ils insistent sur la nécessité de faire des études du genre une démarche multidisciplinaire, et pas seulement psychanalytique (Dimen, Goldner, 2005).

## **Orientation sexuelle**

La théorisation psychanalytique de l'orientation sexuelle naît de l'intérêt de Freud pour la "pathologie" plutôt que d'une réflexion sur l'orientation sexuelle "normale". Déjà en 1905 (Freud, 1987 ; Drescher, 2008), il parlait de l'homosexualité comme d'une inversion de la relation d'objet. Il pensait que l'homosexualité était due à une fixation dans le développement sexuel. Il croyait que chaque personne a une bisexualité et que l'homosexualité était une étape normale dans le développement. Il s'éloigne donc des vues de l'époque, comme la théorie de la dégénérescence.

Par contre, il continue à voir l'homosexualité comme une étape infantile qui devait être dépassée pour aller vers l'hétérosexualité et la sexualité reproductive. L'homosexualité était pour lui un signe d'immaturité, d'inhibition du développement normal (Freud, 1987 ; Drescher, 2008). Après Freud, il y a eu une tendance à pathologiser davantage l'homosexualité. Pour des auteurs comme Rado, Bieber, Bloss et Socarides, l'homosexualité est un évitement phobique de l'hétérosexualité dérivant de l'angoisse de castration ou d'une identification pathologique à la mère (Drescher, 2008 ; Green, 2003).

Dans les travaux de Freud des années 20 (Freud, 2010), on voit apparaître une théorie de l'orientation sexuelle caractérisée par l'identification avec le parent du même sexe avec un choix de l'objet d'amour calqué sur le parent du sexe opposé.

Après l'introduction du concept d'identité de genre par Money, puis par Stoller, et le développement des théories psychanalytiques du développement précoce, plusieurs analystes ont commencé à théoriser l'idée que l'orientation sexuelle reflète les relations d'objet précoces, préœdipiennes et œdipiennes (Green, 1980).

Pour Friedman (1993) qui se rapproche de la pensée de Freud, il y a, à l'âge de l'Œdipe, une prédisposition à une orientation sexuelle qui peut être plus au moins intense et qui est influencée par différentes composantes, notamment biologiques. Il y aurait une construction de l'orientation sexuelle s'appuyant sur les prédispositions biologiques avec une mobilisation des défenses préœdipiennes et œdipiennes pendant l'élaboration du complexe d'Œdipe.

Dans les années 70-80, des auteurs comme Stoller, Person, Lewes et Mc Dougall commencent à penser à l'hétérosexualité comme à une solution névrotique (Chodorow, 1992). Jusqu'à ce moment, l'hétérosexualité était conçue comme simplement normale, sans qu'il y ait une véritable théorisation psychanalytique.

Par la suite, beaucoup d'analystes ont été influencés par les théories « queer » (Corbett, 1993 ; Drescher, 2008). Les théories « queer » critiquent la vision binaire des catégories comme masculin et féminin, hétérosexualité et homosexualité. Elles mettent l'accent sur la manière dont certaines catégories se sont construites à travers l'histoire, le langage et les costumes. Sous l'influence de ces mouvements, l'intérêt de l'analyse est passé de la préoccupation sur l'étiologie de l'homosexualité à des préoccupations sur comment vivre la sexualité (Corbett, 1993 ; Drescher, 2008). Certains analystes ont commencé à penser l'homosexualité comme normale et donc n'étant plus un sujet d'analyse.

Actuellement, plusieurs analystes, comme Chodorow, Corbett, Lewes et Schafer pensent que l'homosexualité est le produit d'un conflit, mais n'est pas inférieure à l'hétérosexualité, cette dernière étant aussi une formation de compromis des conflits inconscients (Chodorow, 1992 ; Corbett, 2001 ; Dimen, Goldner, 2005 ; Drescher, 2008).

Ces connaissances ont poussé à conceptualiser le choix d'objets hétérosexuels comme une solution au conflit œdipien et préœdipien au même titre que d'autres solutions adaptatives, dont l'homosexualité. La psychosexualité ne peut pas avoir qu'une seule issue. Le choix d'objets ne peut qu'être vu comme une formation de compromis. L'homosexualité et

l'hétérosexualité sont des issues développementales des fantasmes, conflits, défenses, régressions, des diverses relations d'objet qui cherchent à constituer un « self » stable et maintenir l'estime de soi (Chodorow, 1994, Dimen, Goldner, 2005).

Certains auteurs (Pasini, Crépault, 1987, Kirkpatrick, 1984, Friedman, Downey, 2002) ont observé une fréquence plus importante de fantasmes homosexuels chez les femmes, et une plus grande capacité de les intégrer dans leur imaginaire érotique de façon fluide et peu menaçante. Ces auteurs et d'autres (Kirkpatrick, 1984, Friedman, Downey, 2002, Chodorow, 1989, Chodorow, 1994, Gilligan, 1982, Chodorow, 1998, Corbett, 1993, Corbett, 2001, Crépault, 1997) ont développé la théorie de Stoller sur la féminité primaire et ont spéculé que l'identité de genre masculine serait plus fragile que l'identité de genre féminine. Pour eux, vu que l'identité de genre masculine est partiellement construite comme une structure défensive contre la féminité, les hommes vivraient plus fréquemment que les femmes les fantasmes homosexuels comme une menace de perte de leur propre identité de genre.

### **Sexualité et troubles sexuels**

Tout en ayant privilégié la sexualité dans la structuration de sa doctrine, la psychanalyse n'a jamais prétendu se présenter comme une science sexologique.

Pour la psychanalyse, la sexualité adulte est un ensemble de comportements, qui sont influencés par l'intrapsychique, par la psychosexualité, par l'identité et l'histoire de la personne (Soldati, 2010). Il n'est donc pas possible de s'intéresser à la sexualité sans s'occuper du reste de la personne. En ce sens, le symptôme sexologique a la même valeur que tout autre symptôme psychopathologique pour la psychanalyse (Abraham, Porto, 1978).

Par contre, la sexualité adulte est un des domaines, avec les relations sentimentales, dans lequel les dynamiques inconscientes s'expriment très fréquemment et intensément chez l'adulte, ce qui explique le sentiment de tabou, de honte et d'interdit qui l'accompagne (Soldati, 2010).

La théorie psychanalytique classique explique les troubles sexuels comme le résultat de conflits intrapsychiques infantiles réactivés pendant l'intimité du rapport sexuel. Ces conflits, non résolus lors du développement psychosexuel, provoquent une régression et une fixation aux stades prégénitaux, oral, anal, phallique. Cela provoque la production d'angoisse et la tentative des mécanismes de défense de trouver un équilibre avec la production de symptômes comme solution de compromis.

Les troubles sexuels chez les hommes seraient dus le plus souvent à des fixations au stade phallique et à une mauvaise gestion des angoisses de castration. Mais des fixations aux stades oral et anal sont aussi possibles (Fenichel, 1951).

Les troubles sexuels chez les femmes seraient plus souvent dus à des fixations au stade phallique avec une mauvaise gestion de l'envie de pénis, et à la non acceptation du « rôle féminin ». Mais des fixations orales et anales sont aussi possibles (Fenichel, 1951).

Depuis les théorisations de Freud et Fenichel, plusieurs psychanalystes et sexologues ont cherché à utiliser la théorie psychanalytique pour l'adapter au contexte de la thérapie sexologique (Kaplan, 1974 ; Abraham, Porto, 1978, Abraham, 1981 ; Pasini, Crépault, 1987 ; Pasini, 1993 ; Levine, 1988 ; Scharff, 1988 ; Bianchi-Demicheli, Zutter, 2005).

En 1988, Levine a proposé un modèle psychanalytique pour expliquer le désir sexuel ainsi que les troubles du désir sexuel. Pour lui, le désir sexuel dépend de facteurs biologiques et

cognitifs mais aussi inconscients. Le désir sexuel est influencé par la capacité de la personne à transférer sur le partenaire des relations d'objet positives internalisées pendant l'enfance. S'il y a une prédominance de relations d'objet caractérisées par des sentiments négatifs, il y aura une diminution ou une absence de désir sexuel pour le partenaire (Levine, 1988).

En 1988, Scharff a développé un modèle se basant sur la théorie de la relation d'objet pour expliquer les troubles du désir sexuel.

Il s'est basé sur les théories du développement de Fairbairn qui postulait la présence de deux systèmes de relation d'objets internes. Le premier est caractérisé par un moi libidinal, désirant et par un objet à désirer. Le deuxième est caractérisé par un moi antilibidinal qui éprouve de la haine par rapport à un mauvais objet. Pour Scharff, l'activation du système libidinal avec le transfert de l'objet désirable sur le partenaire crée le désir sexuel. Pour maintenir le désir, il faut refouler les projections de l'objet antilibidinal. Mais quand, suite aux inévitables frustrations, le système antilibidinal commence à ressurgir, il peut amener à une diminution du désir sexuel (Scharff, 1988).

En général, les contributions des psychanalystes à l'étude de la sexualité normale et pathologique, ont permis de prendre en considération l'activité mentale qui prépare et accompagne l'activité sexuelle ou les conduites d'approche séductrices. Ils se sont intéressés aux fantasmes conscients et inconscients et à leur organisation dans l'expérience concrète de la vie sexuelle ainsi qu'à leurs retentissements sur les comportements du sujet (Wildlöcher, 1977).

La psychanalyse s'est toujours intéressée aux paraphilies. Freud expliquait les paraphilies comme une régression défensive au stade phallique pour faire face à la réactivation de l'angoisse de castration due à la découverte de la différence des sexes (Freud, 1987). Le fétiche, modèle pour toutes les autres paraphilies, selon Freud, sert à nier la différence des sexes puisqu'il symbolise le phallus féminin. Ainsi, toutes les autres paraphilies servent à nier la différence des sexes.

Après Freud, des auteurs se sont intéressés davantage aux relations d'objet pour comprendre les paraphilies, et plusieurs ont fait l'hypothèse de difficultés dans la phase de séparation-individualisation. Ces difficultés ne permettent pas une individualisation complète vis-à-vis des objets partiels bons et mauvais, vis-à-vis des représentations clivées de la mère. L'identité de ces individus serait toujours menacée par la fusion avec les objets maternels ou par l'abandon (Gabbard, 2005). La paraphilie leur donnerait l'impression d'exister, de pouvoir affirmer leur propre indépendance vis-à-vis des mauvais objets ou de pouvoir s'identifier avec de bons objets (Gabbard, 2005).

Depuis les travaux de Money sur les transsexuels et sa théorisation de l'identité de genre, la psychanalyse s'est intéressée aux troubles de l'identité de genre (Person, Ovesey, 1983 ; Person, 1986).

Pour Stoller, le transsexualisme est plus présent chez le garçon en raison du fait qu'il y aurait une identification primaire à la mère chez le garçon comme chez la fille (Stoller, 1968 ; Stoller, 1976 ; Person, Ovesey, 1983 ; Person, 1986). Cette identification à la mère serait le résultat de la relation symbiotique qui s'instaure dans la petite enfance entre le nourrisson et sa mère. Cette identification donnerait une féminisation primaire du garçon. Le garçon serait obligé de se désidentifier de la mère. Mais cette complexe désidentification serait à la base de la fragilité de l'identité de genre chez l'homme et à la base de la psychogénèse du transsexualisme chez l'homme.

Person et Ovesey pensent qu'il n'y a pas une féminisation primaire ni chez le garçon ni chez la fille (Person, Ovesey, 1983; Person, 1986). Ils pensent aussi que la désidentification dont

parle Stoller chez le garçon est à assimiler au processus de séparation-individuation présent chez le garçon comme chez la fille et indispensable pour l'acquisition de leur identité personnelle.

Person et Ovesey ont montré que, chez les transsexuels, l'identité de genre reste ambiguë, ni purement féminine ni purement masculine (Person, Ovesey, 1983; Person, 1986). L'identité de genre dérive des conflits de la phase de séparation-individuation, qui provoquent des fantasmes de fusion à la mère et des distorsions de la représentation de soi et des relations d'objet. Si cette problématique mène souvent chez les garçons et les filles à une organisation de personnalité borderline, chez les garçons, ces fantasmes de fusion à la mère pourront donner naissance à un trouble de l'identité de genre.

Concernant l'addiction sexuelle, les psychanalystes s'y sont intéressés depuis l'époque de Freud. Fenichel avait déjà utilisé le terme addiction sexuelle en 1945 (Goodman, 1998).

Goodman a proposé en 1998 un modèle intégratif de compréhension et de traitement de l'addiction sexuelle. Pour lui, le risque de développer une addiction sexuelle serait dû à une relation mère-enfant trop empreinte d'éléments séducteurs, voire sexualisés. Ce type de relation précoce prédisposerait à utiliser des solutions sexuelles pour gérer les différentes angoisses au cours de la vie.

Goodman (1998) cherche à expliquer aussi la prévalence de l'addiction sexuelle plus importante chez les hommes. Il pense que ceci s'explique par la superposition entre le développement de l'identité de genre et la phase de séparation-individuation chez l'enfant. Chez le garçon, la masculinisation peut être perçue comme un éloignement de la mère, de l'identité féminine de cette dernière. Si cette étape n'est pas dépassée harmonieusement, les hommes pourraient par la suite investir narcissiquement l'activité sexuelle pour nier cette séparation, gérer leur estime de soi et valoriser leur identité masculine.

## **Echelles d'évaluation**

### **Histoire**

La psychométrie est la discipline qui s'occupe d'évaluer les phénomènes psychiques à l'aide d'instruments d'appréciation standardisés. On doit la naissance de cette discipline à Francis Galton et la naissance du premier test mental à James McKeen Cattell, élève de Galton, qui introduit le terme de test mental en 1880 (Guelfi, 1997).

En 1905, Binet et Simon publient la première épreuve utilisable en pratique pour mesurer l'intelligence (Guelfi, 1997 ; Sadock, Sadock, 2005, p. 874-895). À partir de ce modèle, on commence à construire un grand nombre d'épreuves visant à mesurer des différents domaines cognitifs et, par la suite, des aspects non cognitifs de la personnalité. À la base de tous ces instruments, il y avait l'idée d'échelle qui pouvait mesurer différents degrés d'une certaine caractéristique psychologique.

Pendant longtemps, les différentes échelles ont été conçues pour mesurer des dispositions permanentes, mais, avec l'arrivée de la psychopharmacologie, les psychiatres sont confrontés à une nouvelle problématique, celle de déterminer avec précision les modifications produites par l'administration des médicaments. Il fallait donc avoir à disposition des instruments quantifiant l'état du malade avant et après la thérapie. Il y a alors eu la conceptualisation de plusieurs échelles dont les échelles d'Hamilton pour la dépression et l'anxiété ou la BPRS (Brief Psychiatric Rating Scale) (Guelfi, 1997).

Parallèlement à l'étude des fonctions cognitives et des syndromes psychiatriques, beaucoup de théoriciens se sont intéressés à la personnalité, qui est conceptualisée comme une organisation stable et individualisée (Bouvard, Cottraux 2010). Ces chercheurs ont créé des théories de la personnalité et ont conceptualisé différents traits de personnalité. Jung identifiait l'introversion et l'extraversion comme des variables de personnalité tandis que Bandura a mis en avant la confiance en soi-même et Rogers l'ouverture d'esprit et l'espérance (Sadock, Sadock, 2005, p. 784-793). Les traits de personnalité étant potentiellement infinis, les théoriciens ont tenté de simplifier en créant des dimensions, des groupes à l'intérieur desquels il y avait différents traits de caractères très proches. En 1961, Ernest Tupes et Raymond Christal ont proposé un modèle caractérisé par 5 dimensions qui rassemblaient les différents traits de personnalités (Sadock, Sadock, 2005, p. 784-793).

Dans les années 80, les modèles caractérisés par les dimensions de la personnalité sont devenus assez populaire dans le monde scientifique. Les discussions entre les théoriciens se sont focalisées sur le nombre de dimensions fondamentales. Pour Eysenck, ces dimensions étaient 2 voire 3. Pour Cattell et d'autres, le nombre de dimensions devait être supérieur à 10. De nombreux auteurs s'accordent actuellement pour voir 5 dimensions principales, le modèle de « Big Five » (Bouvard, 2002). Il existe plusieurs modèles de 5 facteurs, celui de McCrae et Costa, et celui de Goldberg sont les plus connus. Dans le questionnaire NEO-PI-R de Costa et McCrae les 5 facteurs sont : le neuroticisme, l'extraversion, l'ouverture d'esprit à l'expérience, l'agréabilité et la conscienciosité. Pour chacun des 5 facteurs de la personnalité, il y a 6 traits spécifiques à mesurer (Bouvard, 2002).

Parallèlement aux mesures des traits de personnalité, on a inventé des échelles pour mesurer les troubles de personnalité. La publication de l'inventaire multiphasique de la personnalité du Minnesota (MMPI) est une étape fondamentale dans le développement des échelles. Il est l'inventaire de personnalité le plus fréquemment utilisé et le plus étudié dans l'évaluation des troubles de personnalité. Il a été conçu en 1937 par le psychologue Starke Hathaway et le psychiatre Charnley Mckinley. Par la suite, il a été mis à jour sous le nom de MMPI 2 (Sadock, Sadock, 2005, 874-895).

Les modèles dimensionnels de la personnalité et le MMPI ne font pas références à une théorie de la personnalité, ils sont des instruments d'évaluation phénoménologique et lexicale de la personnalité (Sadock, Sadock, 2005, p. 784-793). Certains auteurs ont critiqué ces modèles et ont défendu la nécessité de s'appuyer sur une théorie de la personnalité qui s'associe à l'expérience clinique pour mieux comprendre et décrire les traits de personnalité (Sadock, Sadock, 2005, p. 784-793). Katharine Briggs et Isabel Myers ont utilisé les théorisations de Jung sur les fonctions psychologiques et ont créé le « Myers-Briggs type indicator » qui classe les personnes en termes de dichotomie entre introversion et extraversion, intuition et perception, pensée et sentiment, jugement et compréhension. Theodore Millon s'est intéressé aux traits de personnalité associés avec les troubles psychiatriques. Il a construit une théorie de la personnalité et de la psychopathologie avec 11 troubles de personnalité et a inventé un instrument, le « Millon clinical multiaxial inventory ». Ses travaux ont influencé la troisième édition du DSM (Sadock, Sadock, 2005, p. 784-793).

### **Echelles d'évaluation psychodynamique**

A la différence de l'évaluation psychiatrique classique, l'évaluation psychanalytique se base sur des théories de la personnalité et de la psychopathologie comme la psychologie du moi, la théorie des relations d'objets et la psychologie du self. Il faudra donc évaluer la force du moi et les mécanismes de défense prépondérants dans la gestion des conflits entre le moi, le ça et

le sur moi. Il faudra évaluer le type de relation d'objets ainsi que la cohésion du self (Gabbard, 1995).

Dans ce domaine se sont développés plusieurs instruments. Les plus populaires ont été les tests projectifs. Parmi les tests projectifs les plus utilisés, nous retrouvons le test de Rorschach et le test de perception thématique (TAT) (Sadock, Sadock, 2005 p. 874-895).

Le test de Rorschach a été conçu par Hermann Rorschach, un psychiatre Suisse, qui a commencé à utiliser cette technique dès 1910. Il s'agit d'une série de planches avec des tâches d'encre qui servent de stimulus pour provoquer des associations d'idées (Sadock, 2005, p. 874-895).

Le TAT a été conçu par Henri Murray et Christiana Morgan dans le cadre de leur étude de la personnalité normale conduite à la clinique de Harvard en 1943. Ce test consiste en une série de 30 images et d'une page blanche. Les images représentent des personnages dans différentes situations. On demande au patient de créer une histoire en partant de ces images (Sadock, Sadock, 2005, p. 874-895).

Ces tests projectifs permettent de mettre en évidence les conflits œdipiens et narcissiques, le deuil de l'objet, les mécanismes de défense et traits de personnalité et la capacité d'un patient de s'engager dans un processus thérapeutique (Sadock, Sadock, 2005, p. 874-895).

En dehors des tests projectifs, dans le domaine psychanalytique il y a eu pendant longtemps une méfiance, sinon un refus des approches focalisées sur les symptômes et comportements ou les approches focalisées sur le diagnostic. Certains soutenaient même que ces approches pouvaient nuire à la compréhension du patient (Lingiardi, Del Corno, 2008). Malgré cela plusieurs instruments ont été proposés.

Entre les plus populaires, il y a le

Myers Briggs Type Indicator (MBTI), un questionnaire d'évaluation de la personnalité, proposé en 1962 par Isabel Briggs Myers et Katherine Cook Briggs. Cet instrument détermine le type psychologique des personnes et se base sur la théorie psychanalytique des types psychologiques de Carl Gustav Jung proposée dès 1921 (Briggs Myers, McCaulley, 1992). Un autre instrument assez populaire a été proposé par Léopold Bellak en 1968. Il s'agit d'une échelle pour mesurer les fonctions du moi. Cet instrument se base sur la théorie psychanalytique de la psychologie du moi. Il est hétéroadministré et composé de 12 sous-échelles ordinales évaluant les différentes fonctions du moi.

Dans les années 80, certains psychanalystes comme Kernberg, McWilliam et Blatt ont conceptualisé des théories de fonctionnement de personnalité, en cherchant à proposer des classifications diagnostiques psychanalytiques et en cherchant à les intégrer à la nosographie de la psychiatrie descriptive.

En 1988, Wallerstein et ses collègues ont proposé les « scales of psychological capacities », un instrument hétéro-administré, caractérisé par 17 sous-échelles avec lesquelles il est possible d'élaborer un profil du fonctionnement de la personnalité qui reflète les modifications structurelles du moi (Wallerstein, 1988).

Le but de ces échelles est de mesurer des changements stables et à long terme dans le fonctionnement de personnalité pendant une psychanalyse ou en psychothérapie.

En 1991, Weinryb et Rossel ont développé, à l'institut Karolinska de Stockholm, le Karolinska Psychodynamic Profile (KAPP), un instrument d'évaluation psychanalytique de modes de fonctionnement mental relativement stables et des traits de caractère (Weinryb,

Rössel, 1991a ; Weinryb et al., 1991b ; Weinryb, et al., 1991c ; Weinryb, et al., 1997 ; Guimon, 1997). Cette échelle est hétéro-administrée et basée sur 18 sous-échelles.

En 1992, un groupe de psychanalystes allemands spécialisé en médecine psychosomatique et psychiatrique ont fondé une task force concernant le diagnostic psychodynamique (operationalised psychodynamic diagnostics task force, OPD task force). Ils ont proposé un système de diagnostic multiaxial visant à une compréhension psychodynamique des patients avec des troubles psychiatriques. Leur objectif a été d'enrichir l'approche descriptive et orienté vers le symptôme des classifications internationales DSM et CIM en apportant une dimension psychodynamique. En 1996, ils ont proposé un inventaire hétéroadministré visant à évaluer le fonctionnement psychodynamique du patient, l'OPD. Il y a eu par la suite une révision, l'OPD-2. Cet instrument est formé de 4 axes psychodynamiques : expérience de la maladie et prérequis pour les traitements, relations interpersonnelles, conflits et structure (OPD Task Force, 2001 ; OPD Task Force, 2008).

En 1995, Kernberg et ses collègues ont développé un inventaire d'organisation de la personnalité composé de 155 questions et évaluant 4 dimensions : le niveau de diffusion de l'identité, le niveau d'utilisation des défenses primitives, l'épreuve de réalité et les phénomènes interpersonnels. Cet inventaire se base sur la théorie psychanalytique de Otto F. Kernberg et propose 3 différents niveaux d'organisation de personnalité, une organisation névrotique, une organisation borderline et une organisation psychotique (Kernberg, Clarkin, 1995). En 2009, Kernberg et ses collègues ont aussi proposé une interview structurée sur l'organisation de la personnalité. Cette interview hétéro-administrée est formée de 100 items qui sont subdivisés en 3 échelles, celle de l'identité, celle des défenses primitives et celle de l'épreuve de la réalité (Hörz et al., 2009).

En 1998, Shedler et Westen ont proposé la Shedler-Westen Assessment Procedure (SWAP) (Shedler, Westen, 1998; 2006). Il s'agit d'un instrument d'évaluation hétéroadministré, se basant sur la méthodologie Q-sort, permettant de décrire la personnalité de l'individu.

En 2004, Blatt propose un inventaire des relations d'objet (ORI) composé de 2 échelles distinctes évaluant l'organisation de la personnalité. Cet inventaire se base sur la théorie psychanalytique de Blatt qui conceptualise le développement et l'organisation de la personnalité et des troubles de personnalité selon deux lignes évolutives ; celle introjective, centrée sur les problèmes de définition de sa propre identité, et celle anaclitique, centrée sur le besoin de nouer des relations d'objet plus stables, intimes et réciproques (Blatt, 2004).

Certains autres auteurs ont proposé des outils d'évaluation psychanalytique très spécifiques. Perry, Luborsky ou Vaillant proposent des échelles pour mesurer les mécanismes de défense ou le conflit intrapsychique (Weinryb et al., 1997). Waldron et Jones ont proposé des échelles pour mesurer les phases du processus psychothérapeutique (PDM, 2008).

À notre connaissance il n'existe aucune étude de validation de ces échelles avec des patients atteints de troubles sexuels.

### **Buts de la thèse**

Ma pratique de sexologue au sein de la consultation spécialisée de sexologie des HUG me confronte quotidiennement à l'évaluation et la prise en charge de patients atteints de dysfonctions sexuelles, de troubles de l'identité de genre, de paraphilies, d'addiction sexuelle

et d'insatisfaction sexuelle dans le couple. Ma pratique me met en contact avec la variété et la complexité de la problématique sexuelle et me confronte à la difficulté de proposer des approches adaptées aux syndromes rencontrés et au fonctionnement psychologique individuel des patients.

Dans les années 70, l'introduction des thérapies sexuelles de Masters and Johnson, a créé l'enthousiasme général et une croyance d'une grande efficacité des thérapies sexuelles. Mais dans les années 2000, la médecine fondée sur les preuves a montré que l'efficacité des psychothérapies était limitée et que, les approches intégratives étaient à privilégier (Althof, Leiblum, 2005).

Déjà en 1974, Helen Kaplan avait proposé une approche sexologique intégrative, combinant des techniques comportementales dans une perspective psychothérapeutique psychanalytique (Kaplan, 1974). Pour Kaplan, un grand nombre de problèmes sexuels peuvent s'améliorer par des exercices comportementaux, sans devoir résoudre les conflits inconscients. Si par contre, les conflits inconscients font surface, notamment par de la résistance aux exercices comportementaux, elle propose d'intégrer une approche psychanalytique pour aider le patient à comprendre les aspects moins visibles de sa personnalité et vaincre les résistances (Bancroft, 2009, p. 344-346).

La consultation de sexologie de Genève a été créée dans les années 70 par deux psychanalystes, Willy Pasini et Georges Abraham. La théorie de la personnalité psychanalytique a toujours été une référence au sein de cette consultation. Pasini a proposé une approche thérapeutique qui combine des thérapies à médiation corporelle dans une approche psychothérapeutique psychanalytique (Pasini, 1993).

Ma formation psychanalytique et mes connaissances des autres modèles psychothérapeutiques me poussent à rester en continuité avec les approches intégratives de Kaplan et Pasini. Je propose des traitements pharmacologiques et des techniques psychothérapeutiques d'inspiration comportementale, systémique ou à médiation corporelle, à intégrer dans une approche psychothérapeutique d'orientation psychanalytique. Par cette approche, je me détache des approches simplistes qui visent à une résolution stéréotypée des problèmes sexologiques, en défendant la complexité de la symptomatologie sexologique et le besoin de proposer des thérapies adaptées au fonctionnement psychologique du patient.

Ma pratique clinique me pousse à penser que beaucoup d'échecs ainsi que d'arrêts de thérapies sont dus à ces simplifications. Au cours des années, j'ai été confronté à des patients demandant un suivi à notre consultation après un échec avec un collègue sexologue. Souvent ces échecs m'ont semblé dus à une simplification excessive du problème sexologique et à une proposition sexothérapeutique stéréotypée ne prenant pas en compte la personnalité du patient.

J'ai aussi été frappé par le fait que plusieurs patients, soit avec des troubles sexologiques avérés, soit avec des préoccupations autour de la sphère sexuelle, ont demandé un suivi à notre consultation, suite à leur mécontentement par rapport à des suivis psychothérapeutiques précédents. Ces patients témoignaient de ne pas avoir pu exprimer leurs préoccupations autour de la sexualité dans leurs suivis.

Mon expérience de sexothérapeute m'a montré que souvent des aspects cruciaux de la souffrance de mes patients viennent du vécu des fantasmes sexuels, de l'identité de genre, du rôle de l'identité de genre et de l'orientation sexuelle. Ces cas cliniques m'ont rappelé régulièrement les écrits de Freud sur le complexe d'Oedipe.

Je pense que la psychanalyse, avec son savoir et ses techniques peut enrichir et améliorer les suivis sexologiques. Des techniques comme la focalisation, l'interprétation des résistances, le maniement du transfert et la favorisation d'expériences émotionnelles correctrices peuvent améliorer l'efficacité des suivis (Soldati, 2010). Il en est de même pour la capacité de comprendre les conflits inconscients qui se cachent derrière les difficultés de couple, les fantasmes sexuels, les vécus corporels, les préoccupations par rapport à son identité de genre, au rôle de l'identité de genre et à l'orientation sexuelle (Soldati, 2010).

Je pense qu'une réflexion sur les fantasmes sexuels, l'identité, le genre, l'identité de rôle et l'orientation sexuelle est indispensable pendant une psychothérapie psychanalytique, vu que ces thématiques sont typiques du conflit œdipien (Soldati, 2010).

En étant convaincu de la centralité de l'évaluation psychodynamique de la sphère sexuelle, j'ai senti le besoin de chercher des outils standardisés permettant cette évaluation. Le but de cette thèse est celui de chercher et proposer une échelle d'évaluation psychodynamique permettant d'évaluer la sphère sexuelle.

Mes connaissances de la psychanalyse et notamment du fait que plusieurs auteurs ont créé des échelles d'évaluation psychodynamique et que plusieurs psychanalystes et sexologues ont cherché à utiliser la théorie psychanalytique pour l'adapter au contexte de la thérapie sexologique, m'ont poussé à chercher dans la littérature une échelle d'évaluation psychodynamique des troubles de la sphère sexuelle.

Après avoir constaté qu'aucun auteur n'a proposé une échelle d'évaluation psychodynamique des troubles de la sphère sexuelle, j'ai décidé d'élaborer une échelle d'évaluation psychodynamique des personnes atteintes d'un trouble sexuel, la Karolinska Psychodynamic Profile for Sexual Disorders (KAPP-SD) (Soldati et al., 2014). Ce travail est le fruit de la collaboration avec des collègues sexologues de Genève, et de la collaboration avec un collègue psychiatre de l'institut Karolinska de Stockholm.

Nous avons élaboré cette échelle en modifiant une échelle d'évaluation psychodynamique des troubles psychosomatiques déjà existante, la Karolinska Psychodynamic Profile (KAPP) (Weinryb, Rössel, 1991a ; Weinryb et al., 1991b ; Weinryb et al., 1991c ; Weinryb et al., 1997).

Le but de cette échelle est d'aider les sexothérapeutes à faire une évaluation psychodynamique rigoureuse de la personne atteinte de trouble sexuel, ce qui donnera des informations sur le pronostic et sur le type de traitement à proposer. Cette échelle devrait aussi aider les psychothérapeutes psychanalytiques à prendre en compte la sphère sexuelle de leurs patients (Soldati et al., 2014).

## **Méthodes**

Nous (Soldati et al., 2014) avons procédé dans un premier temps à une revue de la littérature scientifique à la recherche d'échelles d'évaluation psychodynamique de la sexualité ou des troubles sexuels et, dans un deuxième temps, nous avons élaboré une échelle d'évaluation psychodynamique des personnes atteintes de troubles sexuels : le KAPP-SD.

### **Revue de la littérature**

Une revue de la littérature scientifique a été faite sur les bases de données Medline, PsycINFO et PEP-Web. Les mots clé utilisés ont été : profile, assessment, scale, sexual\*, sexual disorders, psychodynamic, psychoanalytic, diagnos\*, profile.

Les références bibliographiques des articles et ouvrages trouvés ont été aussi examinés à la recherche d'études supplémentaires.

Nous n'avons pas trouvé d'échelles d'évaluation conçues pour évaluer la composante psychodynamique de la sexualité ou des troubles sexuels.

Nous avons par contre trouvé 3 publications proposant des échelles d'évaluation psychanalytique s'intéressant au fonctionnement global de la personne et prenant en compte aussi la dimension sexuelle.

### **Karolinska Psychodynamic Profile**

En 1991, Weinryb et Rossel ont proposé le « Karolinska Psychodynamic Profile (KAPP) », un instrument d'évaluation basé sur la théorie psychanalytique (Weinryb, Rössel, 1991a ; Weinryb et al., 1991b ; Weinryb et al., 1991c ; Weinryb et al., 1997 ; Guimon, 1997). Il permet l'évaluation psycho dynamique des modes de fonctionnement mental relativement stable et des traits de caractère.

Cet instrument hétéro-administré est basé sur 18 sous-échelles dans lesquelles sont représentés différents modes de fonctionnement mental et différents traits de caractère. Dans la description de ces sous-échelles, l'objectif était de se rapprocher le plus possible dans la description de phénomènes observables en clinique.

Les premières 3 sous-échelles décrivent la qualité des relations interpersonnelles. Les sous-échelles de 4 à 7 décrivent des aspects spécifiques du fonctionnement de personnalité. Les échelles 8 et 9 reflètent la différenciation des affects. Les échelles 10 à 12 décrivent l'importance donnée au corps comme facteur d'estime de soi. Les échelles 13 et 14 s'intéressent à la fonction et à la satisfaction sexuelle. Les sous-échelles 15 à 17 décrivent l'impression de l'observé face à son rôle social. La sous-échelle 18 propose une description de la structure de personnalité.

Chaque sous-échelle est construite comme une échelle ordinale décrivant différents niveaux du fonctionnement mental, en passant du niveau relativement normal pour aller vers un degré de trouble grandissant. Chaque sous-échelle a 3 niveaux.

Le KAPP a montré une bonne validité discriminante et de « construct » (Weinryb et al., 1991b, Weinryb et al., 1997), ainsi qu'une fidélité inter-juges élevée dans des populations psychiatriques et non-psychiatriques (Weinryb et al., 1991c, Weinryb et al., 1997). Un tel degré de fidélité inter-juges est possible avec un entrainement minime à l'utilisation de l'échelle (Weinryb et al., 1991c, Weinryb et al., 1997). Les résultats sur la fidélité inter-juges sont comparables à ceux des autres échelles d'évaluation psychodynamiques (Weinryb et al.,

1997). Une stabilité temporelle relativement élevée a été mesurée après un événement de vie majeur, ce qui indique que le KAPP ne mesure pas des états transitoires, mais plutôt des structures ou des traits relativement stables (Weinryb et al., 1997).

Par ses sous-échelles 13 et 14 (annexe II), le KAPP propose une évaluation de la sexualité, plus précisément de la fonction et de la satisfaction sexuelle.

L'item 13 évalue la fonction sexuelle. En partant d'un bon fonctionnement sexuel quand il y a du désir, il décrit des degrés successifs de dysfonctionnement sexuels quand il y a du désir, comme le trouble érectile ou l'incapacité de s'exciter sexuellement chez la femme, ou l'anorgasmie.

Nous (Soldati et al., 2014) pensons que cet item ne propose pas une évaluation purement psychodynamique de la sexualité. Pour qu'une évaluation soit psychodynamique, il faut qu'elle fasse une claire distinction entre raisonnement psychodynamique, spéculations étiologiques et causes organiques, ce qui a été souligné dès la fin des années 60 par des psychanalystes travaillant dans le domaine de la sexualité comme Osevey (Osevey, 1969 ; Friedman, 1976).

Les dysfonctions sexuelles sont souvent liées à des causes organiques (Leiblum, 2007). L'item 13 ne fait aucune distinction entre une dysfonction d'origine psychologique et une dysfonction d'origine organique, ce qui nous amène à conclure que ce n'est pas un item d'évaluation psychodynamique.

L'item 14 évalue la satisfaction sexuelle. Le niveau 1 décrit une bonne satisfaction sexuelle, caractérisée par le fait d'avoir un intérêt sexuel actif, du désir sexuel, des fantasmes sexuels, par le fait de prendre l'initiative, de trouver les rapports sexuels satisfaisants, et d'avoir des orgasmes. Puis, il décrit des degrés d'insatisfaction sexuelle, caractérisée par la diminution ou l'absence de désir et fantasmes sexuels, d'intérêt et de prise d'initiative, de satisfaction et d'orgasmes.

L'item 14 évalue la satisfaction sexuelle, mais il mélange plusieurs facteurs, comme l'intérêt et le désir sexuel, les fantasmes sexuels, le fait de prendre l'initiative, de trouver les rapports sexuels satisfaisants et d'avoir des orgasmes.

Même si certains facteurs peuvent être en lien avec des dynamiques inconscientes (comme les fantasmes sexuels, le comportement actif ou passif dans la sexualité), ces derniers sont mélangés avec des facteurs fréquemment influencés par des facteurs organiques, comme la satisfaction sexuelle, et la capacité d'avoir des orgasmes (Leiblum, 2007). Ce mélange rend, selon nous, cet item inutilisable pour l'évaluation psychodynamique (Soldati et al., 2014).

L'item 14 fait une distinction entre présence et absence des fantasmes sexuels, mais ne fait pas de distinctions entre des fantasmes sexuels egosyntoniques, egodystoniques et compulsifs, distinction qui peut donner des informations sur le fonctionnement psychodynamique (Pasini, Crépault, 1987, Raphling, 1996, Zucconi, 2008, Friedman, Downey, 2000). L'item 14 suggère que le fait de prendre l'initiative dans la sexualité serait lié à un fonctionnement sexuel plus harmonieux que si les sujets sont passifs. Ceci ne correspond pas aux connaissances actuelles en sexologie qui montrent que presque la moitié des femmes sexuellement actives ont une attitude passive dans la sexualité sans qu'on puisse lier cela à un problème sexuel (Leiblum, 2007).

Concernant le désir sexuel contenu dans l'item 14, il est à noter que Scharff (1988) a créé un modèle psychanalytique du désir sexuel. Ce modèle est basé sur la théorie de la relation d'objet ; il évalue la relation à l'objet désiré et l'identification à l'objet désirant. Nous ne pensons pas que le désir sexuel soit une bonne manifestation clinique des dynamiques inconscientes. Le désir sexuel est très influencé par des variables non intrapsychiques, comme

la relation de couple (Leiblum, 2007). Nous pensons que les dynamiques inconscientes décrites par Scharff se retrouvent dans les manifestations cliniques décrites dans les items du KAPP concernant la relation d'objet, ainsi que dans les fantasmes sexuels, l'attitude par rapport à sa propre identité de genre, son propre rôle d'identité de genre et sa propre orientation sexuelle.

### **Scales of psychological capacities**

En 1988, Wallerstein et ses collègues ont proposé les « scales of psychological capacities (SPC) », un instrument hétéroadministré, caractérisé par 17 sous-échelles avec lesquelles il est possible d'élaborer un profil du fonctionnement de la personnalité qui reflète les modifications structurelles du moi (Wallerstein, 1988).

Le but de ces échelles est de mesurer des changements stables et à long terme dans le fonctionnement de personnalité pendant une psychanalyse ou une psychothérapie.

Chaque sous-échelle décrit une capacité psychologique, c'est-à-dire la présence ou l'absence de ressources psychologiques accessibles pour avoir un fonctionnement intrapsychique et interpersonnel adaptatif. Chaque capacité a été conçue de façon à être proche de l'expérience décrite par la personne observée. Les différentes capacités sont : espoir, enthousiasme, attribution de responsabilité, flexibilité, persistance, engagement dans des normes et des valeurs, engagement dans les relations, réciprocité, confiance, empathie, régulation des affects, impulsivité, assertivité, capacité d'autonomie et de dépendance, estime de soi, cohérence, régulation de l'expérience sexuelle.

Les SPC ont montré une bonne fidélité interjuges, dépassant .50 pour toutes les 36 échelles, et .70 pour 28 échelles (DeWitt, 1999). Les SPC ont montré une bonne validité de « construct » avec une bonne corrélation avec des instruments évaluant les problèmes interpersonnels, la satisfaction de vie, les mécanismes de défense et la structure (Huber, 2004). Les SPC peuvent aussi distinguer trois groupes (depressifs, borderlines, contrôles sains) avec une précision de 94% (Huber, 2004). La fidélité test-retest (stabilité) a montré une corrélation de .73 (Huber, 2004). Les SPC ont montré une bonne sensibilité au changement avec un « standardized effect size » de 1.84 chez des patients depressifs avant et après une longue psychothérapie psychanalytique (Huber, 2005).

Une des capacités décrite dans l'échelle est la régulation de l'expérience sexuelle. Cette sous-échelle évalue la capacité de contrôler l'expression de son désir sexuel en contraste avec une impulsivité dans l'expression de son désir sexuel. Elle évalue aussi les capacités d'expression active de la sexualité en comparaison à l'inhibition de l'intérêt sexuel.

Cette sous-échelle mélange plusieurs facteurs comme l'intérêt sexuel, le désir sexuel, les fantasmes sexuels, le fait de prendre l'initiative et la capacité d'avoir des orgasmes. Certains facteurs sont en lien avec des dynamiques inconscientes, comme les fantasmes sexuels dont l'échelle peut décrire le vécu et la capacité de gestion.

La sous-échelle divise les personnes entre ceux qui sont actifs dans la sexualité et ceux qui sont timides ou passifs sexuellement. Elle suggère que les personnes actives sexuellement vivent mieux leur sexualité. Ceci ne correspond pas aux connaissances actuelles en sexologie qui montrent que presque la moitié des femmes sexuellement actives ont une attitude passive dans la sexualité sans qu'on puisse lier cela à un problème sexuel (Leiblum, 2007). Par ailleurs, dans cette sous-échelle, il y a des caractéristiques qui peuvent être influencées par des facteurs organiques comme la capacité d'avoir des orgasmes (Leiblum, 2007). Il y aussi le désir sexuel qui est très influencé par des variables interpersonnelles comme la relation de

couple (Leiblum, 2007). Le lecteur trouvera notre vision des liens entre désir sexuel et évaluation psychodynamique dans la critique du KAPP ci-dessus.

Cet item ne tient pas compte de la conception de l'identité de genre, du rôle de l'identité de genre, ni de l'orientation sexuelle.

Toutes ces raisons nous poussent à penser que l'item, même s'il est intéressant, n'est pas conçu de façon à évaluer les dynamiques intrapsychiques liées à la sexualité.

### **Rating scales for ego functions**

Léopold Bellak a proposé en 1968 un instrument d'évaluation pour mesurer les fonctions du moi (Bellak, 1968). Cet outil se base sur la théorie psychanalytique de la psychologie du moi. Il s'agit d'un instrument hétéroadministré et composé de 12 sous-échelles ordinales évaluant les différentes fonctions du moi : l'épreuve de réalité, le jugement, le sens de réalité, la régulation et le contrôle des pulsions, les relations d'objets, les processus mentaux, la capacité de régression au service du moi, les fonctions de défense, la fonction de barrière aux stimuli, le fonctionnement autonome, les fonctions de synthèse et les capacités de maîtrises des compétences.

Pour ne pas négliger les interactions entre le moi, le surmoi et le ça, les auteurs proposent deux autres sous-échelles, une qui évalue le fonctionnement du surmoi et l'autre qui évalue le fonctionnement du ça.

Les différentes sous-échelles ont montré une fidélité interjuges allant de .61 à .88 avec une moyenne de .77 dans une population composée de 50 sujets schizophrènes, 25 sujets névrotiques et 25 sujets-contrôle (Bellak, Sheehy, 1976).

La sous-échelle du ça décrit les manifestations de la libido. Elle est divisée en 7 niveaux. Le premier niveau décrit un dysfonctionnement important dans le domaine de la sexualité pour arriver au 7<sup>ème</sup> niveau où le fonctionnement est harmonieux.

La sous-échelle décrit plusieurs caractéristiques de la sexualité, comme les fantasmes sexuels, le désir sexuel, certains comportements sexuels, la fréquence des dysfonctions sexuelles et de la masturbation et l'homosexualité. Certaines de ces caractéristiques ont une valeur psychodynamique, comme le vécu et la gestion des fantasmes sexuels et du désir sexuel.

Par contre, la fréquence des dysfonctions sexuelles n'est pas, selon nous, un critère d'évaluation psychodynamique. Nous renvoyons le lecteur à la critique de l'item 13 de la KAPP.

De plus, il n'y a pas de réflexions sur l'identité de genre. Enfin, cette échelle conceptualise encore l'homosexualité comme une paraphilie ainsi que la masturbation comme une activité plutôt déviante, ce qui n'est plus en accord avec le contexte sociopolitique actuel.

### **Shedler-Westen Assessment Procedure**

En 1998 Shedler et Westen ont proposé la « Shedler-Westen Assessment Procedure (SWAP) » (Shedler, Westen, 1998; 2006).

Il s'agit d'un instrument d'évaluation hétéroadministré, se basant sur la méthodologie Q-sort, permettant de décrire la personnalité de l'individu. Il est composé de 200 affirmations descriptives de la personnalité. Pour chacune de ces affirmations on peut donner une évaluation de 0 à 7.

Cet instrument est destiné à offrir aux cliniciens de toutes les orientations théoriques un vocabulaire standard pour exprimer leurs observations cliniques ainsi que leurs inférences sur le fonctionnement de personnalité.

Cet outil permet de classifier les individus selon des syndromes de personnalité en lien avec les diagnostics du DSM, mais aussi de regrouper les informations obtenues selon des facteurs, focalisant l'attention sur un domaine important mais pas en lien avec les syndromes de personnalité.

La SWAP a montré une fidélité interjuges toujours supérieure à .80 (Westen, Muderrisoglu, 2006), et souvent supérieure à .90 (Shedler, Westen, 2006). Dans une étude avec des patients ambulatoires, la validité convergente était en moyenne supérieure à .80 et les coefficients de validité discriminante étaient proches de 0 (Westen, Muderrisoglu, 2003). Une autre étude a montré une validité convergente élevée et une bonne validité discriminante de la SWAP dans le diagnostic des troubles de personnalité borderline et antisociale (Shedler, Westen, 2006).

Parmi ces facteurs, il y a celui du conflit œdipien et celui du conflit sexuel.

Le facteur du conflit œdipien décrit des problématiques liées aux choix des partenaires sexuels et romantiques. Il indique des tendances comme celle d'utiliser des partenaires romantiques ou sexuels qui sont émotionnellement inappropriés ou indisponibles, ou la tendance à se retrouver dans une relation romantique ou sexuelle dans laquelle il y a toujours une troisième personne en compétition, ou la tendance à être ouvertement séducteur voire provocateur dans la sexualité.

Le facteur du conflit sexuel indique une attitude plus ou moins dérangée par rapport à la sexualité. Il décrit des tendances à avoir des activités sexuelles associées au danger ou la tendance à souffrir de dysfonctions sexuelles ou la tendance à vivre la sexualité avec dégoût, culpabilité ou honte.

Parmi les 200 affirmations du SWAP, nous avons retrouvé 17 affirmations en lien avec la sphère sexuelle. 7 items décrivent la tendance à des comportements ou à des pensées en lien avec les fantasmes sexuels. 4 items décrivent la tendance à des comportements ou des pensées en lien avec la conception de l'orientation sexuelle. 2 items décrivent la tendance à des comportements en lien avec la conception du rôle d'identité du genre.

Nous pensons que le SWAP, en proposant l'observation de dimensions de la sphère sexuelle comme les fantasmes sexuels, la conception de l'identité du genre et la conception du rôle d'identité du genre, permet une évaluation psychodynamique de la sexualité.

Par contre, nous trouvons que les items décrivent de façon très précise et délimitée certains aspects de la vie sexuelle. Même si les items sont nombreux, il nous semble que si on n'encourage pas une évaluation plus élargie des différentes facettes d'un aspect de la sexualité, il y a le risque de perdre certaines nuances qui ne sont pas décrites par l'instrument. Les auteurs ont voulu construire un outil d'évaluation clinique utilisable par les cliniciens de chaque orientation théorique. Ils ont donc écrit les 200 affirmations du SWAP sans recourir à une terminologie théorique. Par contre, ils ont, selon nous, axé leurs descriptions plus sur les comportements que sur le vécu de ces comportements. Nous y voyons dans ce choix le risque que le clinicien utilisant le SWAP se contente d'évaluer des comportements sexuels en perdant le lien avec leur vécu et les dynamiques inconscientes.

L'item 58 décrit l'intérêt d'avoir des expériences sexuelles avec une autre personne et l'item 172 décrit des dysfonctions sexuelles pendant le rapport sexuel. Ces 2 items ne permettent pas, selon nous, une évaluation psychodynamique de la sexualité, comme nous l'avons expliqué dans la critique des items 13 et 14 du KAPP.

L'item 85 et l'item 137 décrivent des intérêts homosexuels conscients et inconscients. Dans ces items, les auteurs du SWAP proposent d'évaluer les intérêts homosexuels indépendamment des intérêts hétérosexuels, ce qui donne l'impression qu'ils conceptualisent l'homosexualité comme une issue psychodynamique différente de l'hétérosexualité. Notre position théorique ne s'accorde pas avec cette façon de conceptualiser l'orientation sexuelle. En suivant les écrits de différents auteurs contemporains (Chodorow, 1992 ; Corbett, 1993 ; Green, 2003 ; Dimen, Goldner, 2005 ; Drescher, 2008), nous concevons l'homosexualité comme une solution de compromis équivalente à l'hétérosexualité.

### **Elaboration du KAPP-SD**

Aucune de ces échelles ne nous a paru idéale pour l'évaluation psychodynamique des personnes atteintes de troubles sexuels.

Nous avons donc décidé d'utiliser le KAPP en y apportant des modifications. Nous avons choisi le KAPP pour plusieurs raisons.

Il s'agit d'une échelle validée basée sur la théorie psychanalytique, qui permet l'évaluation psychodynamique de modes de fonctionnement mental relativement stables et lentement variables et des traits de caractère (Weinryb, Rössel, 1991a ; Weinryb et al., 1991b ; Weinryb et al., 1991c ; Weinryb et al., 1997 ; Guimon, 1997). Cette échelle évalue le fonctionnement psychologique global, à la différence d'autres échelles psychodynamiques, qui se focalisent seulement sur certains aspects du psychisme (Weinryb et al., 1997).

De plus, le KAPP, à la différence d'autres échelles construites avec des concepts très métapsychologiques (Weinryb et al., 1997), est conçu de façon à donner une correspondance étroite avec les phénomènes observables cliniquement, ce qui répond à notre souci de proposer un instrument utile dans la pratique clinique.

Mais surtout, le KAPP évalue des dimensions cliniques très importantes dans la pratique sexologique, comme la qualité des relations interpersonnelles, expérience et expression des affects et la conception de l'image corporelle. Plusieurs études ont montré une influence de ces variables sur le vécu sexuel (McCabe, 1998 ; Donahey, Carroll, 1993 ; Faith, Schare, 1993, Pujols et al., 2010).

Par contre, après avoir étudié et utilisé les items sexuels du KAPP, nous avons décidé de les modifier, puisque ces items ne donnent pas, selon nous (Soldati et al., 2014), une évaluation psychodynamique idéale de la sexualité.

Pour que l'évaluation soit psychodynamique, l'item ne doit que décrire des caractéristiques cliniques liées au fonctionnement psychique inconscient, donc, par exemple liée aux mécanismes de défense du moi, aux identifications, à la relation d'objet, à l'idéal du moi, au surmoi, aux fantasmes inconscients, au conflit œdipien ou précœdipien.

Nous (Soldati et al., 2014) avons donc enlevé les items 13 et 14 du KAPP (annexe II) et nous les avons remplacé par 3 autres items : fantasmes sexuels, conception de l'identité de genre et du rôle de l'identité de genre et conception de l'orientation sexuelle. (annexe III)

Ces items font habituellement partie d'une évaluation sexologique classique (Derogatis Melisaratos, 1979, Crépault, 1997), ont un caractère relativement stable et lentement variable et servent à évaluer de façon psychodynamique la personne atteinte de trouble sexuel, comme nous le montrons ci-dessous.

### **Fantasmes sexuels**

Les fantasmes sexuels sont des représentations mentales créées avec des intentions conscientes mais alimentées par des fantasmes inconscients compulsifs œdipiens et préœdipiens. Ils expriment la satisfaction narcissique ou défensive face aux conflits œdipiens et préœdipiens (Pasini, Crépault, 1987, Raphling, 1996, Zucconi, 2008, Friedman, Downey, 2000). Ils peuvent être des contenants psychiques des parties clivées du soi, des rééditions métaphoriques d'une expérience mentale traumatique autrement non représentable (Zucconi, 2008, Frommer, 2006, Friedman, Downey, 2000). Ils peuvent être utilisés par les personnes avec une organisation névrotique pour augmenter le désir sexuel et renforcer l'identité de genre ou par les personnes avec une organisation psychotique pour se défendre contre la dissolution du soi (Person, 1986, Gabbard, 2005, Friedman, Downey, 2000).

Nous (Soldati et al., 2014) avons conçu l'item « Fantasmes sexuels » permettant l'évaluation psychodynamique de la capacité de se mettre en contact avec les fantasmes sexuels, ce qui permet le contact avec les perceptions conscientes des dynamiques inconscientes. Cela nécessite une indulgence vis-à-vis des parties non rationnelles, sublimées de notre personnalité et une assurance de base pour pouvoir permettre le contact avec des parties refoulées de soi.

La capacité de se mettre en contact avec ses fantasmes sexuels peut être volontaire, caractérisée par la capacité d'un renoncement temporaire au principe de réalité de façon plaisante avec la capacité de stopper cette régression si on le veut.

Au contraire, on peut rentrer en contact avec les fantasmes sexuels de façon incontrôlable, compulsive, ce qui est l'indice d'équilibres psychodynamiques différents. Ce rapport aux fantasmes sexuels peut provoquer de la souffrance à l'individu ou à autrui. Parfois, en réponse à la difficulté de rentrer en contact avec les fantasmes sexuels, certaines personnes peuvent faire un déni total de la sphère sexuelle.

Cet item évalue la capacité de se mettre en contact avec ses fantasmes sexuels en partant d'une façon volontaire, temporaire et plaisante, en passant par des difficultés grandissantes à faire cela.

### **Conception de l'identité de genre et du rôle d'identité de genre**

L'identité de genre est une configuration psychologique intégrant l'identité personnelle avec le sexe biologique dans un sentiment de soi-même d'être homme ou femme. Elle inclut toutes les variables individuelles de la masculinité et de la féminité (Tyson, Tyson, 1990).

Parmi les facteurs contribuant à sa formation, il y a les facteurs biologiques, les influences culturelles et les facteurs psychologiques comme les capacités cognitives, et des facteurs psychodynamiques comme les fonctions du moi, les identifications et désidentifications faites au cours du développement aux objets du même sexe et du sexe opposé, la relation d'objet, l'idéal du moi et le surmoi, l'image corporelle (Greenacre, 1953 ; Greenacre, 1958 ; Kohlberg, 1966 ; Kohlberg, 1981 ; Stoller, 1968 ; Stoller, 1976 ; Money, Ehrhardt, 1972 ; Roiphe, Galenson, 1981 ; Tyson, Tyson, 1990 ; Dimen, Goldner, 2005 ; Person, Ovesey, 1983 ; Rouyer, 2007).

Le rôle d'identité de genre se réfère à une conception psychologique comprenant les traits de personnalité, les attitudes et les comportements, considérés comme spécifiques des hommes ou de femmes dans un contexte culturel, et qu'une personne utilise pour exprimer sa masculinité ou sa féminité. Les facteurs contribuant à sa formation sont des facteurs biologiques, des influences culturelles, les croyances et les influences parentales, des facteurs psychologiques comme les capacités cognitives, et des facteurs psychodynamiques comme les fonctions du moi, les identifications et désidentifications faites au cours du développement

aux objets du même sexe et du sexe opposé, la relation d'objet, l'idéal du moi et le surmoi, les représentations intrapsychiques de soi et du type de relations d'objet selon leur masculinité ou féminité. Ces représentations se construisent sur des éléments de l'identité de genre dans la représentation du soi de l'enfant (Sandler, Sandler, 1978 ; Kohlberg, 1966 ; Kohlberg, 1981 ; Tyson, 1980 ; Tyson, 1982a ; Tyson, 1982b ; Tyson, 1986 ; Tyson, Tyson, 1990 ; Abelin, 1971 ; Greenson, 1968 ; Stoller, 1979b ; Ross, 1982 ; Person, Ovesey, 1983 ; Dimen, Goldner, 2005 ; Rouyer, 2007).

Notre intérêt pour l'identité de genre et pour le rôle d'identité de genre ne vise aucune spéculation étiologique ; nous nous intéressons à la conception que l'individu a de ces configurations psychologiques, au vécu plus ou moins harmonieux ou, au contraire, conflictuel que la personne a de ces configurations psychologiques.

Nous (Soldati et al., 2014) avons conçu l'item « Conception de l'identité de genre et du rôle d'identité de genre » permettant l'évaluation psychodynamique de la perception consciente que la personne a de son identité genre et du rôle d'identité de genre, ce qui permet le contact avec les dynamiques inconscientes, notamment les équilibres inconscients des identifications aux différents objets sexués. Les expériences précoces de soi-même comme personne et de son entourage sont intimement connectées avec l'identité de genre et le rôle de l'identité de genre. L'évaluation de sa propre identité de genre et du rôle de l'identité de genre est une composante importante de l'image de soi.

Selon la théorie psychanalytique, la conception individuelle de l'identité de genre et du rôle de l'identité de genre, et la façon dont l'estime de soi se base dessus, est décidée dans l'enfance précoce (Greenacre, 1953 ; Greenacre, 1958 ; Kohlberg, 1966 ; Kohlberg, 1981 ; Stoller, 1968 ; Stoller, 1976 ; Money, Ehrhardt, 1972 ; Roiphe, Galenson, 1981 ; Tyson, Tyson, 1990 ; Sandler, Sandler, 1978 ; Tyson 1980 ; Tyson, 1982a ; Tyson, 1982b ; Tyson, 1986 ; Abelin, 1971 ; Greenson, 1968 ; Stoller, 1979b ; Ross, 1982 ; Person, Ovesey, 1983 ; Dimen, Goldner, 2005 ; Rouyer 2007). Par leurs attitudes et leurs habitudes, les parents et les autres personnes significatives contribuent à l'évolution des conceptions qu'a l'enfant de sa propre identité de genre, de son propre rôle d'identité de genre et de leur valeur. Les conceptions infantiles de l'identité de genre et du rôle de l'identité de genre sont généralement stéréotypées et caractérisées par l'illusion de perfection. A travers les expériences, en interaction avec les autres, ces conceptions se modifient graduellement, et normalement l'individu est capable d'accepter les défauts ou imperfections de ses caractères sexuels et de son rôle de genre et de tolérer la discordance entre l'idéal et la réalité. L'idéal infantile, perfectionniste, persiste habituellement dans les fantasmes conscients et inconscients, sans provoquer une fragilisation de l'estime de soi. La congruence entre l'identité de genre, le rôle de l'identité de genre, les caractères sexuels primaires et secondaires, les rôles de genre socialement et culturellement assignés, ont d'habitude un impact sur l'estime de soi (Greenacre, 1953 ; Greenacre, 1958 ; Kohlberg, 1966 ; Kohlberg, 1981 ; Stoller, 1968 ; Stoller, 1976 ; Money, Ehrhardt, 1972 ; Roiphe, Galenson, 1981 ; Tyson, Tyson, 1990 ; Sandler, Sandler, 1978 ; Tyson 1980 ; Tyson, 1982a ; Tyson, 1982b ; Tyson, 1986 ; Abelin, 1971 ; Greenson, 1968 ; Stoller, 1979b ; Ross, 1982 ; Person, Ovesey, 1983 ; Dimen, Goldner, 2005 ; Rouyer 2007).

Par contre, la flexibilité dans l'acceptation des traits et des rôles de genre de l'autre sexe ont aussi un impact sur l'estime de soi. Généralement, l'individu peut accepter ses défauts et garder ses idéaux perfectionnistes dans ses fantasmes, vivant son rôle sexué selon ses capacités. Si, par contre, il y a des problèmes dans le développement psychosexuel, l'identité de genre et le rôle d'identité de genre peuvent devenir egodystoniques, l'estime de soi peut

devenir énormément dépendante de l'évaluation du rôle sexué, et les individus peuvent tenter de rejoindre de façon défensive leurs rôles sexués idéalisés en utilisant des comportements narcissiques ; ils peuvent aussi éviter toutes les situations en lien avec les rôles sexuels ou l'identité de genre (p.ex. la sexualité), ou peuvent réfléchir de façon obsessionnelle à des changements de leurs caractères sexuels primaires ou secondaires.

### **Conception de l'orientation sexuelle**

L'orientation sexuelle est une configuration psychologique comprenant le sexe de l'objet source d'excitation sexuelle.

Le développement de l'orientation sexuelle est influencé par des facteurs biologiques (Swaab, 2007), ainsi que des facteurs socioculturels et psychodynamiques (Friedman, Downey, 1993). Aucune spéculation étiologique est actuellement possible (Friedman, 1976 ; Friedman, Downey, 1993).

Friedman fait l'hypothèse qu'il y a des prédispositions biologiques, qui au moment de la phase œdipienne influencent le développement de l'orientation sexuelle (Friedman, Downey, 1993).

L'orientation sexuelle reflète les dynamiques inconscientes, notamment les représentations de la relation à un objet désiré, la qualité des équilibres entre l'Oedipe positif et négatif et des intégrations du rôle de genre, (Tyson, Tyson, 1990 ; Green, 1975 ; Jakobson, 1964 ; Leonard, 1966 ; Tyson, 1989 ; Nagera, 1975 ; Green, 2003 ; Chodorow, 1992 ; Corbett, 1993 ; Dimen, Goldner, 2005 ; Drescher, 2008), l'identification à un sujet désirant (Scharff, 1988) ainsi que les remaniements de l'Idéal du moi qui se font à l'adolescence (Blos, 1979).

Notre intérêt pour l'orientation sexuelle vise au vécu plus ou moins harmonieux ou conflictuel que l'individu a de cette configuration psychologique.

Nous (Soldati et al., 2014) avons conçu l'item « Conception de l'orientation sexuelle » permettant l'évaluation psychodynamique de la perception consciente qu'a l'individu de son orientation sexuelle, ce qui permet le contact avec les équilibres inconscients des différentes relations aux objets sexués, négociés dans des conflits œdipiens et préœdipiens. On observe les besoins auxquels l'objet doit répondre pour être gratifiant et la manière dont on doit le traiter et se faire traiter par lui.

Les expériences précoces de soi-même comme personne et de son entourage sont intimement connectées avec l'orientation sexuelle. L'orientation sexuelle est une composante importante de l'image de soi. Selon la théorie psychanalytique, la conception individuelle de l'orientation sexuelle et la façon dont l'estime de soi se base dessus, est décidée dans l'enfance précoce (Tyson, Tyson, 1990 ; Green, 1975 ; Jakobson, 1964 ; Leonard, 1966 ; Tyson, 1989 ; Nagera, 1975 ; Green, 2003 ; Chodorow, 1992 ; Corbett, 1993 ; Dimen, Goldner, 2005 ; Drescher, 2008). Par leurs attitudes et leurs habitudes, les parents et les autres personnes significatives, contribuent à l'évolution des conceptions qu'a l'enfant de sa propre orientation sexuelle et de sa valeur. La conception infantile de l'objet d'amour, de la relation avec lui et de la capacité de ce dernier de répondre à tous ses besoins est caractérisée par des illusions de perfection, qui seront frustrées par les expériences réelles et provoqueront un changement dans cette conception idéalisée. Normalement les personnes négocient un équilibre entre les frustrations de la réalité et les idéaux perfectionnistes de la vie fantasmatique, et cherchent à construire une relation avec l'autre sexué plus au moins harmonieuse et satisfaisante. L'idéal infantile perfectionniste persiste d'habitude sous la forme de fantasmes conscients et inconscients sans provoquer une fragilisation de l'estime de soi. L'orientation sexuelle egosyntonique contribue à une bonne estime de soi, au renforcement de l'identité de genre et de rôle de l'identité de

genre et des bonnes relations avec autrui (Tyson, Tyson, 1990 ; Green, 1975 ; Jakobson, 1964 ; Leonard, 1966 ; Tyson, 1989 ; Nagera, 1975 ; Green, 2003 ; Bloss, 1979 ; Friedman, Downey, 1993 ; Chodorow, 1992 ; Corbett, 1993 ; Dimen, Goldner, 2005 ; Drescher, 2008). Mais s'il y a des problèmes dans le développement psychosexuel, l'orientation sexuelle peut devenir egodystonique et l'estime de soi devenir très dépendante de l'évaluation de l'orientation sexuelle. L'individu peut alors tenter de vivre de façon défensive sa relation sexuée à l'objet d'amour par des comportements narcissiques, ou alors éviter toutes situations mettant en jeu son orientation sexuelle (par ex. la sexualité).

## Résultats

Nous avons élaboré une nouvelle échelle d'évaluation psychodynamique, le « Karolinska Personality Profile for Sexual Disorders (KAPP-SD) ». (annexe I) Il s'agit d'une version modifiée du KAPP et elle est conçue pour l'évaluation psychodynamique des personnes souffrant d'un trouble sexuel (Soldati et al., 2014).

Le KAPP-SD, comme le KAPP, est un instrument d'évaluation basé sur la théorie psychanalytique. Il permet l'évaluation psychodynamique des modes de fonctionnements mentaux relativement stables et lentement variables et des traits de caractère.

Cette échelle est basée sur 19 sous-échelles dans lesquelles sont représentés différents modes de fonctionnements mentaux et différents traits de caractère. Dans la description de ces sous-échelles, l'objectif était de se rapprocher le plus possible de la description des phénomènes observables en clinique. Les modes de fonctionnement décrits par les différentes sous-échelles ne sont pas des fonctions spécifiques indépendantes les unes des autres. Par ailleurs, la délimitation et la description de la réalité psychique en sous-échelle est inévitablement artificielle, limitée et arbitraire.

Les premières 3 sous-échelles décrivent la qualité des relations interpersonnelles. Les sous-échelles de 4 à 7, décrivent des aspects spécifiques du fonctionnement de la personnalité. Les sous-échelles 8 à 9 reflètent la différenciation des affects. Les sous-échelles 10 à 12, décrivent l'importance donnée au corps comme facteur d'estime de soi. Les sous-échelles 13 à 15 évaluent la dimension sexuelle. Les sous-échelles 16 à 18, décrivent l'impression de l'observé face à son rôle social. La sous-échelle 19 propose la description de l'organisation de personnalité, c'est-à-dire des modes de fonctionnement mental et des traits de caractères qui constituent le noyau de la personnalité individuelle.

Chaque sous-échelle est construite comme une échelle ordinale décrivant différents niveaux de fonctionnement mental. Les différents niveaux de la sous-échelle partent d'un niveau relativement normal pour aller vers un degré de trouble grandissant. Chaque sous-échelle est construite avec une définition et avec 3 niveaux définis de la sous-échelle. Des niveaux intermédiaires peuvent être ajoutés et utilisés pour chaque sous-échelle de façon à avoir une échelle à 5 points (1, 1.5, 2, 2.5, 3) où le niveau 1 représente « le plus normal » et le niveau 3 « le moins normal ». Le niveau 1 de chaque sous-échelle a été conçu de façon assez large pour inclure les modes de fonctionnement mentaux « névrotico-normaux ». La définition de chaque niveau d'échelle a été complétée avec des exemples cliniques.

Avant d'utiliser le KAPP-SD, il est essentiel de devenir familier avec les définitions de chaque sous-échelle et des différents niveaux des sous-échelles.

Les 3 niveaux de chaque sous-échelle ne sont pas directement liés à des degrés de psychopathologie dans le sens psychiatrique, même s'il peut y avoir une correspondance. Le degré de souffrance d'une sous-échelle n'est pas nécessairement lié au degré de souffrance d'une autre. Il est donc important d'évaluer chaque sous-échelle indépendamment des autres.

Les instructions pour l'utilisation du KAPP-SD restent les mêmes que celles du KAPP. Nous proposons donc ci-dessous des instructions proposées par les auteurs du KAPP (Weinryb, Rössel, 1991a).

Les informations pour remplir le KAPP-SD s'obtiennent lors de l'entretien clinique qui est conduit selon l'interview structurelle proposée par Otto F. Kernberg (1984). Il doit être

complété par des questions ouvertes à la recherche des informations nécessaires pour remplir les sous-échelles.

L'interview n'est pas un entretien structuré mais plutôt une conversation libre. Quand certaines thématiques sont vagues ou confuses on peut poser des questions clarifiantes ou confrontantes. Des tentatives d'interprétation peuvent aussi être utilisées.

L'interview nécessite généralement environ deux heures mais peut nécessiter beaucoup plus de temps dans certains cas.

L'évaluation ne doit pas être basée seulement sur l'interprétation de ce qui est dit, mais aussi sur ce qui est exprimé de façon non verbale et dans l'interaction entre le patient et le thérapeute durant la séance. Les réactions contre-transférentielles du thérapeute sont donc de grande importance puisqu'elles peuvent donner des informations sur ce qui n'est pas exprimé verbalement. La connaissance de la théorie psychanalytique et une expérience clinique dans les suivis psychodynamiques sont essentielles pour une bonne exécution de l'interview et de l'évaluation.

L'évaluation doit être faite en référence au fonctionnement général de l'individu. Dans le cas de difficultés dans une situation ou relation spécifique, mais où le fonctionnement dans les autres situations décrites par la sous-échelle est satisfaisant, il ne faudra pas évaluer en tenant compte seulement de cette situation particulière.

Les sous-échelles 3 (traits de personnalité contrôlante), 10 (conception de l'apparence corporelle et sa signification par rapport à l'estime de soi), 11 (conception de la fonction corporelle et sa signification par rapport à l'estime de soi), 13 (fantasmes sexuels), 14 (conception de l'identité de genre et du rôle de l'identité de genre), 15 (conception de l'orientation sexuelle) sont conçues avec le niveau 3 de l'échelle qui peut représenter deux modes opposés de fonctionnement mental. Dans les cas avec un trouble sévère, les désirs et les besoins peuvent être exprimés de façon complètement désinhibée ou au contraire de façon sévèrement inhibée. Ces attitudes peuvent s'alterner ou se manifester en même temps, de façon complètement contradictoire.

La conceptualisation des items 13 à 15 et leurs références théoriques sont décrites dans la partie « Méthode » de cette thèse. Pour des questions sur la conceptualisation et les références théoriques des autres items, nous renvoyons le lecteur à l'article de Weinryb et Rossel sur le KAPP (Weinryb, 1991a).

Le lecteur trouvera le KAPP-SD dans les annexes.

## Discussion

Cette thèse est le fruit de mes connaissances et de ma pratique de la sexologie clinique et de la psychanalyse. Les relations entre ces 2 domaines d'étude dans l'application aux sexothérapies sont très variables. Parfois, il y a un antagonisme total, voire une guerre de territoire pour conquérir l'hégémonie de la sexothérapie. Parfois, au contraire, il y a une dangereuse superposition avec l'utilisation inappropriée du modèle et du langage psychanalytique pour expliquer des problématiques sexologiques et vice-versa.

Freud a construit son corpus théorique en partant de la psychosexualité, c'est-à-dire de la gestion psychologique de toutes les excitations et activités provoquant du plaisir. Ce travail psychologique est, pour Freud, organisateur de la personnalité. Par ce concept, il nous montre que psychosexualité, personnalité et sexualité humaine sont liées à jamais et s'influencent réciproquement, tout en gardant leur spécificité.

En tant que sexologue et psychanalyste, j'ai voulu dans cette thèse me pencher sur l'évaluation de la « psychosexualité de la sexualité », c'est-à-dire sur l'évaluation des composants psychodynamiques de la sexualité adulte.

Notre revue de la littérature n'a pas permis de trouver des échelles conçues pour évaluer sélectivement les composants psychodynamiques de la sexualité adulte. Nous avons recensé 4 échelles d'évaluation psychodynamique de la personnalité évaluant aussi la sphère de la sexualité : il s'agit du KAPP, de la SPC, de l'échelle de Bellak et de la SWAP. Par contre ces échelles présentent à notre avis des caractéristiques qui rendent imprécise l'évaluation psychodynamique de la sexualité. Premièrement les 4 échelles ne permettent pas de faire une distinction entre des causes psychologiques et organiques des insatisfactions sexuelles, ce qui fausse l'évaluation psychodynamique. En plus le KAPP, la SPC et la SWAP suggèrent que prendre l'initiative dans la sexualité serait un signe d'un bon fonctionnement sexuel, ce qui ne correspond plus aux connaissances actuelles sur la sexualité féminine. L'échelle de Bellak conceptualise encore l'homosexualité et la masturbation comme des activités déviantes, ce qui n'est plus en accord avec la position officielle de la médecine ainsi qu'avec le contexte sociopolitique actuel. La SWAP conceptualise l'homosexualité comme une issue psychodynamique différente de l'hétérosexualité, ce qui ne s'accorde pas avec la position théorique dominante dans le contexte psychanalytique actuel, concevant l'homosexualité comme une solution de compromis équivalente à l'hétérosexualité. Par ailleurs, nous trouvons que les items de la SWAP concernant l'évaluation de la sexualité sont trop axés sur des comportements plutôt que sur le vécu de ces comportements, ce qui peut fausser l'évaluation psychodynamique.

En collaborant avec d'autres collègues sexologues et psychiatres, j'ai conceptualisé 3 items pour évaluer la sphère sexuelle des personnes atteintes d'un trouble sexuel. Nous avons intégré ces items dans le KAPP, une échelle évaluant la personnalité dans sa globalité et en évaluant des caractéristiques très liées à la sexualité comme l'image corporelle, la relation d'objet et la modulation des affects.

Nous avons proposé de s'intéresser aux fantasmes sexuels conscients, à la conception de l'identité de genre et du rôle de l'identité de genre et à la conception de l'orientation sexuelle, qui sont, selon moi, les « héritiers du complexe d'Œdipe », ayant des liens avec les dynamiques psychosexuelles inconscientes, comme les identifications parentales, le surmoi, l'idéal du moi, et le type de relation d'objet. J'ai montré ceci par la revue de la littérature discutée dans l'élaboration du KAPP-SD.

Par ailleurs, les items choisis touchent les questionnements souvent présents et facilement accessibles à la conscience, soit des patients atteints de troubles sexuels, soit de la plupart des personnes désirant entreprendre une démarche psychanalytique.

Une évaluation psychodynamique structurée est très précieuse puisqu'elle aide à planifier un traitement, elle donne des informations sur le pronostic, elle aide à mieux comprendre le patient et à communiquer de l'empathie et diminue les drop-outs (Mc Williams, 1999). J'espère donc que cette échelle enrichira et rendra plus efficace les suivis sexologiques.

Même si on a conçu cette échelle en partant de notre expérience clinique avec les patients ayant des troubles sexuels, cette échelle peut être utilisée pour l'évaluation psychodynamique de tous types de patients, indépendamment de la problématique qui l'amène à consulter. J'espère que cette échelle pourra être une aide pour tous les psychothérapeutes qui, pour des raisons différentes, n'arrivent pas à aborder la sexualité de leurs patients dans leurs psychothérapies psychanalytiques ou psychanalyse. Dans certains traitements analytiques, on voit un changement positif seulement quand le thérapeute, en dépassant la pudeur et la difficulté à trouver la juste distance, ose affronter directement le thème de la sexualité (Zucconi, 2008).

La conception de cette échelle a stimulé ma réflexion sur les approches thérapeutiques. Mes collègues de la consultation spécialisée de sexologie et moi nous nous pencherons sur les thérapies sexologiques existantes, en tenant compte des facteurs évalués par le KAPP-SD dans le déroulement des thérapies. Par la suite, en cas de pauvreté dans la littérature scientifiques de modèles sexothérapeutiques concernant ces facteurs, nous pourrons conceptualiser des approches sexothérapeutiques adaptées.

La limitation majeure du KAPP-SD à l'heure actuelle est que l'échelle n'a pas encore été validée. Ceci n'étant pas possible au sein de notre seule consultation, en raison du faible nombre de collaborateurs, nous envisageons des collaborations internationales pour réaliser la validation du KAPP-SD.

Par ailleurs, il sera capital, une fois la KAPP-SD validée, de faire des comparaisons entre KAPP et KAPP-SD pour observer les différences dans l'évaluation psychodynamique chez les patients atteint d'un trouble sexuel. Des différences dans l'évaluation psychodynamique pourraient avoir de répercussions sur les stratégies thérapeutiques.

## Références

- Abelin E. The Role of the Father in the separation-individuation process. In: McDevitt JB, Settlege CF (eds). *Separation-Individuation*. New York: International Universities Press, 1971 : 229–252.
- Abraham G, Pasini W. *Introduction à la sexologie médicale*. Paris : Payot ; 1974 : 22-23.
- Abraham G. Propos pour une philosophie de la sexologie. In : Abraham G, Pasini W. *Introduction à la sexologie médicale*. Paris : Payot, 1975 : 13-27.
- Abraham G, Porto R. *Psychanalyse et thérapies sexologiques*. Paris : Payot, 1978.
- Abraham G. Les principales théories sexuelles, les principes généraux. In : Czyba JC (ed). *Sexologie médicale. Bases physiologiques, sémiologiques et thérapeutiques*. Lyon : Simep, 1981 : 113-122.
- Allgeier AR, Allgeier ER. *Sexualité humaine*. Bruxelles : De Boeck-Wesmael, 1992.
- Althof SE, Leiblum SR, Chevret-Measson M, Hartmann U, Levine SB, McCabe M, Plaut M, Rodrigues O, Wylie K. Psychological and interpersonal dimensions of sexual function and dysfunction. *J Sex Med* 2005;2:793-800.
- Althof SE. Sexual therapy in the age of pharmacology. *Ann Rev Sex Res* 2006;17:116-131.
- Bancroft J. *Human sexuality and its problems*. London : Churchill livingstone Elsevier, 2009.
- Bellak L. Research on ego function patterns: a progress report. Rating scales for scoring ego functions from clinical interview material. In: Bellak L, Loeb L (eds). *The schizophrenic syndrome*. New York : Grune & Stratton, 1968 : 11-65, 789-833.
- Bellak L, Sheehy M. The broad role of Ego Functions Assessment. *Am J Psychiatry*. 1976;133(11):1259-64.
- Berry DB. Historical Revolutions in Sex Therapy : A Critical examination of men's sexual dysfonctions and their treatment. *J Sex Marital Ther* 2013;39:21-39.
- Bianchi-Demicheli F, Zutter AM. Intensive short-term dynamic sex therapy: a proposal. *J Sex Marital Ther* 2005;31:57-72.
- Blatt SJ. Assessment of objet representation. In : *Experiences of depression*. Washinton DC : American Psychological Association, 2004 : 125-148.
- Blos P. *The Adolescent Passage*. New York : International Universities Press, 1979.
- Bouvard M. *Questionnaires et échelles d'évaluation de la personnalité*. 2e éd. Paris : Masson, 2002 : 1-12.

- Bouvard M, Cottraux J. Protocoles et échelles d'évaluation en psychiatrie et en psychologie. 2e éd. Paris : Masson, 2010 : 56-58.
- Briggs Myers I, McCaulley MH. Manual: A guide to the development and use of the Myers-Briggs Type Indicator. 8e éd. New-York : Robert Most, 1992.
- Bullough VL. The society for the scientific study of sex: A brief history. Mt. Vernon, IA : The Foundation for the scientific study of sexuality, 1989.
- Chiland C. Sexualité. In : de Mijolla A (dir). Dictionnaire international de la psychanalyse. Paris : Hachette Littératures, 2005 : 1652-1654.
- Chodorow N. Feminism and psychoanalytic theory. New Haven/London : Yale University Press, 1989.
- Chodorow N. Feminities, masculinities, sexualities : Freud and beyond. Lexington : University of Kentucky Press; 1994.
- Chodorow NJ. Heterosexuality as a compromise formation: Reflections on the psychoanalytic theory of sexual development. *Psychoanal Contemp Thought* 1992;15:267-304.
- Chodorow NJ. The enemy outside: thoughts on the psychodynamics of extreme violence with special attention to men and masculinity. *J Psychoanal Cult Soc* 1998;3:25-38.
- Corbett K. The mystery of homosexuality. *Psychoanal Psychol* 1993;10:345-358.
- Corbett K. Faggot = loser. *Study Gend Sex* 2001;2:3-28.
- Crépault C. La sexoanalyse. Paris : Payot et Rivage, 1997.
- Derogatis LR, Melisaratos N. The DSFI: a multidimensional measure of sexual functioning. *J Sex Marital Ther* 1979;5:244-281.
- DeWitt KN, Milbrath C, Wallerstein RS. Scales of psychological Capacities: Support for a measure of structural change. *Psychnal Contemp Thought* 1999;22:453-480.
- Dimen M, Goldner V. Gender and sexuality. In: Person ES, Cooper AM, Gabbard GO (eds). *Textbook of psychoanalysis*. London : American Psychiatric Publishing, 2005 : 93-114.
- Donahey KM, Carroll RA. Gender differences in factors associated with hypoactive sexual desire. *J Sex Marital Ther* 1993;19:25-40.
- Donahey KM, Miller SD. Applying a common factors perspective to sex therapy. *J Sex Educ* 2000; 25:221-230.
- Drescher J. A history of homosexuality and organized psychoanalysis. *J Am Acad Psychoanal Dyn Psychiatry* 2008;36:443-460.
- Faith MS, Schare ML. The role of body image in sexually avoidant behavior. *Arch Sex Behav* 1993;22:345-356.

- Fenichel O. Trattato di psicoanalisi delle nevrosi e delle psicosi. Roma : Astrolabio, 1951 : 190-217.
- Fonagy P. A genuinely developmental theory of sexual enjoyment and its implications for psychoanalytic technique. *J Am Psychoanal Assoc* 2008;56:11-36.
- Freud S. Trois essais sur la théorie sexuelle. Paris : Gallimard, 1987.
- Freud S. Le moi et le ça. Paris : Payot, 2010.
- Friedman RC. Psychodynamics and sexual object choice. *Contemp Psychoanal* 1976;12:94-108.
- Friedman RC, Downey J. Psychoanalysis, psychobiology, and homosexuality. *J Am Psychoanal Assoc* 1993;41:1159-1198.
- Friedman RC, Downey JI. Psychoanalysis and sexual fantasies. *Arch Sex Behav* 2000;29:567-586.
- Friedman RC, Downey JI. Sexual orientation and psychoanalysis. New York : Columbia University Press, 2002.
- Frommer MS. On the subjectivity of lustful states of mind. *Psychoanal Dialogues* 2006;16:639-664.
- Gabbard GO. Psichiatria psicodinamica. Nuova edizione basata sul DSM IV. Milano : Raffaello Cortina editore, 1995 : 59-82.
- Gabbard GO. Paraphilias and sexual dysfunctions. In: Gabbard GO. *Psychodynamic psychiatry in clinical practice*. Washington : American Psychiatric Publishing, 2005 : 313-343.
- Giami A, de Colomby P. La médicalisation de la sexologie en France. *Evol Psychiatr* 2002 ; 67 : 558-570.
- Gilligan C. *In a different voice*. Cambridge : Harvard University Press, 1982.
- Goodman A. *Sexual addiction: an integrated approach*. Madison, CT : International Universities Press, 1998.
- Green A. The analyst, symbolization and absence in the analytic setting (on changes in analytic practice and analytic experience). In memory of D. W. Winnicott. *Int J Psychoanal* 1975;56:1-22.
- Green JA. Growing up hidden: notes on understanding male homosexuality. *Am J Psychoanal* 2003 Jun;63:177-191.

Green R. Patterns of sexual identity in childhood: Relationship to subsequent sexual partner preference. In: Marmor J (ed). *Homosexual behavior: A modern reappraisal*. New York : Basic Books, 1980 : 255-266.

Greenacre P. Certain relationships between fetishism and faulty development of the body image. *Psychoanal Study Child* 1953;8:79-98.

Greenacre P. Early physical determinants in the development of the sense of identity. *J Am Psychoanal Assoc* 1958;6:612-627.

Greenson RR. Dis-identifying from mother: its special importance for the boy. *Int J Psychoanal* 1968;49:370-374.

Guelfi JD. *L'évaluation clinique standardisée en psychiatrie. Tome I*. Boulogne : Édition médicale Pierre Favre, 1997 : 4-11.

Guimon J. The evaluation of the body experience and image. In: Guimon J (ed). *The body in psychotherapy in progressive and chronic disorders*. Int. Congress, Geneva 1996. Basel : Karger, 1997 : 37-45.

Haerberle EJ. *The birth of sexology: A brief history in documents*. Washington DC : World Association for Sexology, 1983.

Hoenig J. *Dramatis personae: Selected biographical sketches of 19th century pioneers in sexology*. In: Money J, Musaph H (eds). *Handbook of sexology*. New York : Elsevier/North-Holland Biomedical Press, 1977 : 21-43.

Hörz S, Stern B, Caligor E, Critchfield K, Kernberg OF, Mertens W, Clarkin JF. A prototypical profile of borderline personality organization using the Structured Interview of Personality Organization (STIPO). *J Am Psychoanal Assoc* 2009;57:1464-1468.

Huber D, Brandl T, Klug G. The scales of psychological capacities: Measuring beyond symptoms. *Psychother Res* 2004;14(1):89-106.

Huber D, Henrich G, Klug G. The scales of psychological capacities: Measuring change in psychic structure. *Psychother Res* 2005;15(4):445-456

Jacobson E. *The self and the object world*. London : The Hogarth Press, 1964.

Kaplan H. *The new sex therapy. Active treatment of sexual dysfunctions*. New York : Random House; 1974.

Kaplan HI, Sadock BJ. *Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry*. Philadelphia, Pa : Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins, 2009 : 2027-2127.

Kernberg OF. *Severe personality disorders*. New Haven ; London : Yale University Press, 1984.

Kernberg OF, Clarkin JF. *The Inventory of Personality Organization*. White Plains, NY : The New York Hospital-Cornell Medical Center, 1995.

Kirkpatrick M. Female homosexuality. Annual Meeting of American Psychoanalytic Association. San Diego, May 4 1984.

Kohlberg L. A cognitive-developmental analysis of children's sex- role concepts and attitudes. In Maccoby EE (ed.). The development of sex differences. Stanford, CA : Stanford University Press, 1966 : 82-175.

Kohlberg L. Essays on moral development, Vol. I: The philosophy of moral development. San Francisco, CA : Harper & Row, 1981.

Laplanche J. Vie et mort en psychanalyse. Paris : Flammarion, 2001.

Laplanche J, Pontalis JB. Vocabulaire de la psychanalyse. 3<sup>e</sup> éd. Paris : Presses Universitaires de France, 2004.

Leiblum SR. Principles and practice of sex therapy. 4<sup>th</sup> ed. New York : The Guilford Press, 2007.

Leonard MR. Fathers and daughters - The significance of 'fathering' in the psychosexual development of the girl. Int J Psychoanal 1966, 47:325-334.

Levay AN. Intrapsychic factors in sexual dysfunctions. In: Lief HI (ed). Sexual problems in medical practice. New York : American Medical Association, 1981 : 159-168.

Levine SB. Intrapsychic and individual aspects of sexual desire. In: Leiblum SR, Rosen R (eds). Sexual desire disorders. New York : Guilford Press, 1988 : 21-44.

Lingiardi V, Del Corno F. Presentazione dell'edizione italiana. In: PDM. Manuale diagnostico psicodinamico. Milano : Raffaello Cortina Editore, 2008 : XVII-XXXV.

McCabe MP, Jackson J. The impact of individual and relationship factors on sexual dysfunction among males and females. Sex Marital Ther 1998;13:131-143.

McWilliams N. La diagnosi psicoanalitica. Roma : Casa editrice Astrolabio, 1999 : 7-13.

Meissner WW. Classic psychoanalysis. In: Sadock BJ, Sadock VA (eds). Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry. Philadelphia, Pa : Lippincott Williams & Wilkins, 2005 : 701-746.

Money J, Ehrhardt A. Man & woman, boy & girl. Baltimore : Johns Hopkins University Press, 1972.

Nagera H. Female sexuality and the Oedipus complex. New York : Aronson, 1975

OPD Task Force (eds). Operationalised psychodynamic diagnostics (OPD) : Foundations and manual. Cambridge : Hogrefe and Huber, 2001.

OPD Task Force (eds). Operationalised psychodynamic diagnosis OPD-2: Manual of diagnostic and treatment planning. Cambridge : Hogrefe and Huber, 2008.

- Osevey L. Homosexuality and pseudohomosexuality. New York : Science House, 1969.
- Pasini W. Quelques apports de la psychanalyse à la sexologie. (Collection Orthogénie). Paris : Ed. Contraception Fertilité Sexualité, 1976 : 114-116.
- Pasini W. L'approche corporelle en sexologie. Med Hyg 1978 ; 36 :1817-1818.
- Pasini W, Crépault C. L'imaginaire en sexologie clinique. Paris : Presses Universitaires de France, 1987.
- Pasini W. Corps et sexologie. In: Pasini W, Andreoli A (eds). Le corps en psychothérapie. Paris: Payot, 1993 : 121-160.
- PDM. Manuale diagnostico psicodinamico. Milano : Raffaello Cortina editore, 2008 : 73-91.
- Person ES, Ovesey L. Psychoanalytic theories of gender identity. J Am Acad Psychoanal 1983;11:203-226.
- Person ES. Paraphilias and gender identity disorders. In: Cooper AM, Frances A, Sacks MH (eds). The personality disorders and neurosis. Philadelphia : Lippincott, 1986 : 447-465.
- Person ES. By force of fantasy : How we make our lives. New York : Basic Books, 1995.
- Pisciscelli U. Sessuologia. Teoremi psicosomatici e relazionali. Padova : Piccin, 1994 : 1-26.
- Poudat FX, Jarousse N. Traitement comportemental et cognitif des difficultés sexuelles. 2<sup>e</sup> éd. Paris : Masson, 1999 : 9-13.
- Pujols Y, Seal BN, Meston CM. The association between sexual satisfaction and body image in women. J Sex Med 2010;7(2 Pt 2):905-916.
- Raphling D. The interpretation of daydreams, I. J Am Psychoanal Assoc 1996;44:533-547.
- Roiphe H, Galenson E. Infantile origins of sexual identity. New York : International Universities Press, 1981.
- Ross JM. Oedipus revisited. Laius and the "Laius complex". Psychoanal Study Child 1982;37:169-200.
- Roussillon R. Manuel de psychologie et psychopathologie clinique générale. Issy-les-Moulineaux : Elsevier-Masson, 2007 : 53-231.
- Rouyer V. La construction de l'identité sexuée. Paris : Armand Colin, 2007.
- Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry. 8<sup>th</sup> ed. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins, 2005.

Sandler J, Sandler AM. On the development of object relationships and affects. *Int J Psychoanal* 1978;59:285-296.

Scharff DE. An object relations approach to inhibited sexual desire. In: Leiblum SR, Rosen R (eds). *Sexual desire disorders*. New York : Guilford Press, 1988 : 45-74.

Shedler J, Westen D. "Refining the measurement of Axis II: A Q-sort procedure for assessing personality pathology. *Assessment* 1998;5:333-353.

Shedler J, Westen D. Personality diagnosis with the Shedler-Westen Assessment Procedure (SWAP): bringing the gulf between science and practice. In: PDM Task Force (ed). *Psychodynamic Diagnostic Manual (PDM)*. Silver Spring, MD : Alliance of Psychoanalytic Organisations, 2006 : 476-513.

Shedler J. The efficacy of psychodynamic psychotherapy. *Am Psychol* 2010;65:98-109.

Soldati L. Psychanalyse et sexologie. Antagonisme ou complémentarité ? *Rev Med Suisse* 2010; 6: 625-7.

Soldati L, Köhl J, Abraham G, Bianchi Demicheli F, Wilczek A. Karolinska Psychodynamic Profile for Sexual Disorders: KAPP-SD. A proposal for a psychodynamic rating scale for sexual disorders. *Nord J Psychiatry* 2014 May 5. [Epub ahead of print].

Stoller R. *Sex and gender: On the development of masculinity and femininity*. New York : CityScience House, 1968.

Stoller RJ. Primary femininity. *J Am Psychoanal Assoc* 1976;24(5 Suppl):59-78.

Stoller RJ. *Sexual excitement : Dynamic of erotic life*. New York : Pantheon, 1979a.

Stoller RJ. Fathers of transsexual children. *J Am Psychoanal Assoc* 1979b;27:837-866.

Swaab DF. Sexual differentiation of the brain and behavior. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab* 2007;21:431-444.

Sztalryd JM. Psychanalyse et sexualité. In: Lopès P, Poudat F-X (eds). *Manuel de sexologie*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier-Masson, 2007 : 354-356.

Toller G. *Sessualità, sessuologia e inconscio*. Roma : CISU, 2002.

Tyson P. The gender of the analyst: in relation to transference and countertransference manifestations in prelatency children. *Psychoanal Study Child* 1980;35:321-338.

Tyson P. A developmental line of gender identity, gender role, and choice of love object. *J Am Psychoanal Assoc* 1982a;30:61-86.

Tyson P. The role of the father in gender identity, urethral erotism, and phallic narcissism. In: Cath SH, Gurwitt AR, Ross JM (eds). *Father and child: developmental and clinical perspectives*. Boston: Little Brown, 1982b : 175-187.

- Tyson P. Male gender identity: early developmental roots. *Psychoanal Rev* 1986;73:405-425.
- Tyson P. Infantile sexuality, gender identity, and obstacles to oedipal progression. *J Am Psychoanal Assoc* 1989;37:1051-1069.
- Tyson P, Tyson RL. *Psychoanalytic theories of development: An integration*. New Haven, CT : Yale Univ. Press, 1990 : 321-383.
- Wallerstein RS. Assessment of structural change in psychoanalytic therapy and research. *J Am Psychoanal Assoc* 1988;36:3-30.
- Weinryb RM, Rössel RJ. Karolinska Psychodynamic Profile: KAPP. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 1991a;363:1-23.
- Weinryb RM, Rössel RJ, Asberg M. The Karolinska Psychodynamic Profile. I. Validity and dimensionality. *Acta Psychiatr Scand* 1991b;83:64-72.
- Weinryb RM, Rössel RJ, Asberg M. The Karolinska Psychodynamic Profile. II. Interdisciplinary and cross-cultural reliability. *Acta Psychiatr Scand* 1991c;83:73-76.
- Weinryb RM, Rössel RJ, Gustavsson JP, Åsberg M, Barber JP. The Karolinska Psychodynamic Profile (KAPP): Studies of character and well-being. *Psychoanal Psychol* 1997;14:495-515.
- Westen D, Muderrisoglu S. Reliability and validity of personality disorder assesement using a systematic clinical interview : Evaluating an alternative to structured interviews. *J Pers Disord* 2003;17:350-368.
- Westen D, Muderrisoglu S. Clinical assesement of pathological personality traits. *Am J Psychiatry* 2006;163:1285-1287.
- Wildlöcher D. La sexologie vue par un psychanalyste. *Rev Prat* 1977 ;27:785-791.
- Zucconi S. Quell'oscuro oggetto del desiderio. *Gli Argonali* 2008;XXX(19):355-368.

## **Annexes**

### **I. KAPP-SD: Karolinska Psychodynamic Profile for Sexual Disorders**

#### **1. Intimacy and reciprocity**

The ability to establish, to maintain and to deepen reciprocal relationships with others.

1. Can establish lasting and mutually rewarding relationships. The other's (the object's) unique personality as well as emotional and practical significance are essential features. Relationships may contain elements of conflict and ambivalence.

(Consideration for the object despite possible problems and conflicts. A predominant and enduring desire to satisfy the other's needs, not just one's own. This desire may occasionally seem to have entirely disappeared, for example during a quarrel or heated discussion, though it returns later in the form of reparative needs such as guilt feelings with a desire to set things straight and achieve some form of reconciliation.)

2. Can establish relationships with others, but of a clinging, demanding or unilateral, need-related character. The emotional and practical function of the object are of predominant importance, the object's unique personality being of secondary importance (part-object relation). This means that the object is exchangeable, and that the relationship is not reciprocal.

(E.g., promiscuous and parasitic relationships with unilateral exploitation. The other's personality and needs may be understood, but concern for the other is minimal and subordinate to the subject's own needs. The relationship is primarily of a 'disposable' nature, the main purpose being the satisfaction of the subject's own needs. When the object is no longer able to satisfy the person's needs or desires, he or she is rejected and replaced by someone or something else. The object is used as an attribute', an appendage intended to bolster one's own self-esteem and security - i.e., a partner that is a status symbol or a 'prop'.)

3. Can not establish or has serious difficulty in establishing lasting relationships of a reciprocal nature with others.

(E.g., serious difficulty in seeing others as individuals with their own desires and needs. Lack of concern for others. What may seem to be concern for others is primarily an expression of a fear of losing a 'life buoy'. Other people become simply 'instruments' for satisfying one's own needs. Manifest difficulty in establishing relationships with others apart from primary objects - e.g., parents. Elements of adult reciprocity are lacking in their relationships; e.g., an adult son who lives with his parents, regards them as fulfilling a service function, and has never had any deeper relationships outside of the family. Possible relationships outside the family are often characterized by coldness, distance and the avoidance of emotional involvement and intimacy. Schizoid, pathological narcissistic, antisocial, 'psychopathic' and psychotic modes of relating.)

#### **2. Dependency and separation**

The ability to establish mature dependency relationships and the ability to grieve and work through the loss of important persons, ideals, parts and functions of the body as well as material possessions.

1. Can establish mature dependency relationships and can grieve and work through loss, so that an adaptive adjustment is gradually achieved.

(Can become attached and emotionally dependent upon people, things and ideals, and allow these to become significant. Important losses, such as death or some other separation, after a period of grief and working through result in readjustment and increasing maturity.)

2. Can establish dependency relationships, but often with a considerable fear of separation. This can lead to pathological grieving or depressive preoccupation with some real or imagined loss, so that the subject never becomes reconciled to it even after many years.

(Strong separation anxiety expressed in the form of stereotype emotional reactions in conjunction with different types of loss. Dependency with considerable dread of being abandoned. This can be managed by anxiously adapting in order to avoid loss, or by actively abandoning in order to preclude being abandoned. Instead of working through grief and dejection, attempts to escape by plunging into new activities. States of decompensation as a consequence of unreconciled loss. Grief that is expressed primarily through physical symptoms, possibly with demands for physical examination and care.)

3. Can only establish infantile dependency relationships. The significance of such relationships may be denied. This can lead to a denial of loss in such a way that the sense of reality is threatened or lost.

(Dependency that renders the object, person, ideal or thing of almost all-embracing emotional significance for one's own existence. Denial of all dependency upon people, ideals or things. Loss may lead to psychotic reactions or massive denial of a psychotic nature. Such reactions are not merely the immediate expression of an acute crisis. but are persistent over an extended period of time.)

### **3. Controlling personality traits**

The ability to express, in a sublimated form, the need of power and control over people and things. These needs are expressed through such (anal) personality traits as obstinacy, parsimony, scrupulousness, orderliness, as well as in the way they are dealt with in interpersonal relationships.

1. Need of power and control over others is sublimated and integrated in the personality. They are essentially advantageous to the individual's function without being rigidly compulsive-obsessive.

(Can be parsimonious, meticulous, orderly, obstinate, dominant, but also careless, generous and submissive depending upon the circumstances. Can 'compulsively' organize work when necessary. but can also relax this control when no longer necessary. Has a flexible attitude to power and control.)

2. Need of power and control over others is handled through strong and relatively stable defences such as denial, displacement, reaction formation or isolation. The purpose is to avert the conscious awareness and expression of these needs. Instead, these needs are expressed in various obsessive-compulsive attitudes and traits.

(Obsessive-compulsive need of routines, order and planning. Pronounced apprehension over the prospect of losing such control. Parsimonious, scrupulous and meticulous. This behaviour is usually ego-syntonic and rationalized, and the individual usually has a matter-of-fact and unemotional 'quasi-logical' explanation of the behaviour. Little or no ability to relax this behaviour when it is unnecessary; instead it is compulsive in character. Ambivalence and manifest difficulty in situations requiring a choice and decision. 'Chronic' friendliness and generosity. Submissiveness, often apparent rather than real, with little consideration for one's own needs.)

3. Need of power and control over others is handled through strong, but often unstable defences (reaction formation, isolation, splitting). The instability makes it possible for

expressions both of defences and impulses to appear simultaneously or to alternate with one another.

(Pronounced ego-syntonic, unshakable, self-willed and compulsive demand of power over others and of their submission. Relationships are dominated by such contrasting dyads as big-small, smart-dumb, strong-weak, superior-inferior, where the power relationship itself is the crux. Very strong needs of order, control, routines and planning. Pronounced miserliness, stubborn defiance, obstinate self-assertion and determined need to dominate. Such attitudes can coexist or alternate with their converse - e.g., alternation between sadistic dominance and masochistic submission.)

#### **4. Frustration tolerance**

The ability to endure the fact that wishes that are considered essential by the individual cannot be immediately, if ever, satisfied, as well as the ability to endure the thoughts and emotional reactions that arise as a result.

1. Frustration is tolerated and worked through, with only temporary dejection and without lasting regressive reactions as a consequence.

(Occasional, transient, more or less strong emotional reactions in the face of frustration and obstacles. These reactions

subside after a relatively short time. Where frustration does lead to psychological or physical symptoms, these are of transient, non-generalized nature and reflect specific conflicts engendered by the frustration. After the frustration has been worked through, a more realistic judgement can be made of one's own ability to satisfy the wish that has been thwarted - e.g., after a period of temporary disappointment and dejection in conjunction with a specific set-back, the subject can decide whether to give up the goal in question or to struggle on.)

2. Frustration is not worked through in an adaptive manner, but is handled within the individual (autoplastic), primarily through lasting regressive reactions.

(Shuns ambitions and hope - i.e., ego-restriction in order to preclude disappointment. Considerable apprehension in the

face of future risks and potential disappointments. Relinquishment of life goals, as a generalized pattern in order to avoid frustration. Where frustration leads to anxiety, depressive feelings and other psychological or physical symptoms, these tend to persist and are more general. Denial of frustration which instead may be expressed - e.g., through passive expressions of dissatisfaction, complaining, whining or diffuse physical malaise without somatic cause.)

3. Frustration generally causes strong emotional reactions of anxious, aggressive or depressive nature.

(Generally strong emotional reactions in the face of setbacks, disappointments and frustration. These reactions are often of a global and infantile character, with a pervasive effect on the individual's experience of his existence. The individual's mood can suddenly change without any previous working through of the frustration. Reactions may, for example, take the form of impotent rage or of bottomless despair and be coupled to destructive or self-destructive thoughts.)

#### **5. Impulse control**

The ability to contain urgent affects, wishes and needs of a sexual, aggressive and narcissistic nature, and the way these are expressed in action

1. Can express and handle urgent affects, wishes and needs in an adaptive manner. Can balance realistically and adaptively between wishes and needs on the one hand, and the possibilities and limitations of reality on the other.

(Can consciously experience strong feelings, wishes and needs without allowing them to force action. Ability to assert needs and interests, but also to consciously refrain from doing so when the situation demands it. Is capable of striving to achieve a goal, but also of retiring gracefully.)

2. Urgent affects, wishes and needs are handled through a non-adaptive balance between wishes and needs on the one hand and the possibilities and limitations of reality on the other.

(Exaggerated control of feelings and impulses. Difficulties in setting limits. Generalized difficulties in asserting wishes and needs, making demands or voicing criticism. This can lead to inhibition in need situations, 'needlessness', difficulty in asking openly and directly for help and support. When they are given expression, wishes and needs may be displaced to the 'wrong' person or situation, where they are then acted out. Under special circumstances wishes and needs may sometimes be given expression - e.g., under the influence of alcohol or drugs, or in regressive states caused by a crisis. This may also happen when the group among whom the individual finds himself tacitly or overtly appears to sanction a release of inhibitions - e.g., at a party, on vacation, in a crowd. The individual may subsequently experience such behaviour as totally alien to his nature.)

3. Manifest difficulty in postponing the satisfaction of urgent wishes and needs and in controlling the affects they may give rise to.

(Generalized impulsive behaviour in word or deed. Wishes and needs are of a compulsive character and 'must' be acted upon immediately, with little or no regard for the consequences. Poor ability to stop and reflect before acting out impulses. Little or nothing learned from earlier impulsive behaviour and its consequences. Although the individual may regret such impulsive behaviour after the event, these experiences seldom lead to subsequent modification of behaviour.)

## **6. Regression in the service of the ego**

The ability to express and satisfy pleasurable fantasies and wishes in a sublimated form and in a voluntary and controllable way.

1. Can, when the situation allows, in a sublimated form express and satisfy pleasurable fantasies and wishes in thoughts or actions.

(Can playfully indulge in fantasy and daydreams, expressing this in the form of pleasurable activities. Can be playfully childish and relinquish a measure of adult rationality - e.g., to enjoy games, music, dance, art, nature and sports. The crux is that such activities be indulged in with pleasure and with controlled regression, not their performance itself.)

2. Ability, though strained, to regress in the service of the ego in a voluntary, pleasurable and controlled way.

(Embarrassed, inhibited but not incapable of playful fantasy. Enjoyment of such thoughts or actions is often impeded by embarrassment and conventional 'adulthood'. "No fun without booze".)

3. Manifest difficulty in indulging in voluntary, pleasurable and controlled regression in the service of the ego.

(Very limited capacity for pleasurable fantasy and daydreaming, and for its expression in some form of activity. Other people's playfulness and expressions of regression in the service of the ego are met with indifference and looked askance at rather than experienced as a source of stimulation. 'Constricted adulthood' where expressions of regression in the service of the ego are conspicuously absent. Anhedonia, that not is a part of depression.)

## **7. Coping with aggressive affects**

The ability to differentiate and express aggressive affects and transform them into adaptive, goal-oriented activity.

1. Can differentiate between various degrees of one's own aggressive affects and assert, in an adaptive manner, one's own interests with reasonable flexibility. This does not exclude the presence of circumscribed conflicts concerning aggression.

(Can experience and express aggressive feelings of varying intensity such as irritation, anger, rage and fury. The intensity of the aggressive feeling generally corresponds to that of its cause. Good capacity for mature self-assertiveness, even if this leads to open conflict. Ability, in such situations, to tolerate conflict and try to resolve it without submission or demanding the submission of others. Can tolerate and accept justified criticism from others. Can tolerate others' expressions of anger. A specific and circumscribed problem concerning aggression can exist, however, such as an inhibition or fear in the presence of authority figures.)

2. Difficulty in differentiating various degrees of one's own aggressive affects and in adequately confronting different types of aggressive expressions of others.

(Difficulty in experiencing and expressing aggressive feelings and tolerating such feelings either in oneself or others. Poor ability to take criticism or the anger of others in one's stride. Reacts in such situations with despondency, feelings of inadequacy, self-criticism, and of being misunderstood, and possibly with introverted, suppressed anger. Conflicts and mature self-assertiveness are avoided. Tries to be 'nice' and to 'tiptoe' in order to avoid conflicts and the anger of others. One's own anger and criticism are often expressed indirectly. Mopes around sulking, is quiet or carps and whines. Difficulties in expressing aggressive feelings may sometimes result in explosive outbreaks. In such situations there is a manifest discrepancy between the strength of the feeling and its immediate cause. Displacement of aggressive feelings to the 'wrong' person or situation.)

3. Generalized difficulties in differentiating and expressing aggressive affects and transforming these into adaptive, goal-oriented activity. Aggressive affects are expressed essentially in an undifferentiated and non-selective manner.

(Inability to experience and express aggressive affects of varying intensity such as irritation, anger, rage and fury. Instead, aggressive feelings are global, undifferentiated and stereotype in character. There is a marked discrepancy between the intensity of the aggressive feeling and its immediate cause. Little ability to be self-assertive in a mature way. In certain situations the individual may attempt to get his own way through an explosive fit of rage, because people tend to become afraid of him and back off when he does so. Cannot bear conflicts and cannot resolve them without demanding the submission of others. Dissatisfaction with others, possibly as a consequence of the experience of a conflict with or antagonism toward them, can often lead to explosive fits of rage, given verbal or physical expression, regardless of the type and degree of any opposition or antagonism. Readily believes himself to be innocent victim of others' aggressiveness, to which his own aggressive reaction is simply a legitimate response.)

## **8. Alexithymic traits**

Disturbed capacity to experience and describe affects and affective states in a differentiated and subtle manner, both in oneself and in others.

1. Can experience and describe affects and affective states in a relatively differentiated and subtle manner, and in a way that makes them understandable and easy to empathize with.

(Can convey feelings and experiences in an animated and appealing manner, expressed in a rich and varied vocabulary, whereby the words convey a feeling of something actually experienced. These feelings can also be

conveyed through facial expressions, intonation and gestures, even if the language itself may not be especially rich.)

2. Can crudely experience and describe affects and affective states, but in a stereotyped manner without nuance. There is a lack of subtle differentiation. Emotional experiences can be conveyed, however, so that other people are able to empathize to some extent.

(Describes crudely differentiated feelings and emotional states and understands the relevance of these in oneself and others. Speaks, or can be persuaded to speak, about these without dwelling on specific details. Answers questions about feelings. The difficulty in conveying subtle emotional experiences may be obvious, despite a rich and subtle use of language.)

3. Considerable difficulties in experiencing, differentiating and describing affects and affective states.

(*Pensée opératoire* which includes literal thinking and preoccupation with descriptive details. Difficulty in distinguishing amongst different emotional states such as feeling angry, sad, hungry or cold. Instead the individual experiences and describes global, vague expressions of feelings - e.g., “everything is hopeless; all is shit”, or feelings of malaise. Emotional descriptions are characterized by lifelessness. Feelings and emotions are conveyed primarily non-verbally through body language or acting out behaviour. Describes oneself as a ‘witness’, an onlooker vis-à-vis one’s own life and emotional reactions, and not as a responsible participant.)

## **9. Normopathic traits**

Generalized sensitivity to social conventions and mores, which leads to an overadaptation to the social group with which the individual identifies. Expressions of personal originality and individuality are lacking. This is true both of the individual’s activity and his imagination.

1. Can adapt to social conventions and mores when necessary, but also set them aside when external circumstances permit.

(Can, without a feeling of inner compulsion, abide by social conventions and roles that are associated with certain situations, and yet dare to set them aside. This means that such roles may vary or be abandoned by the individual depending upon the situation. No need to ‘be like everyone else’, follow the herd or always live up to class models, or sexual or professional roles. Can, when the situation permits, actively express an individualized inner life of wishes, needs, fantasies and day-dreams. The individual’s own wishes may deviate from his own conception of what is acceptable or appropriate in the social group with which he identifies.)

2. Is bound by established social conventions and mores. Has difficulty in setting them aside, even when external circumstances permit.

(Identifies strongly with and seldom breaks from the mores and roles associated with certain situations. Seldom experiences needs that do not conform with one’s conception of the social group with which one identifies. When such needs are experienced, there is a great sensitivity to conflicts between one’s own wishes and established mores. This makes it difficult to give outward expression to an individualized and private inner life of wishes, needs, fantasies and day-dreams. If the attempt is made, it is accompanied by apprehension or anxiety.)

3. Is bound by established social conventions and mores and has little need to set them aside either in imagination or overtly.

(Is socially overadapted and identifies uncritically with established mores, which are not questioned at all, but become a self-evident part of the individual’s sense of identity. Both in imagination and overtly abides by the clichés of the social subgroup with which he identifies, including clichés of socio-economic status, or sexual and professional roles. Individualized fantasies with wishes and dreams are lacking. Expressions of individualized

needs are rare. Attitudes toward oneself and others are of a consistently rigid, conventional and overadapted nature.)

## **10. Conceptions of bodily appearance and their significance for self-esteem**

Attitudes that reflect relatively stable conscious and unconscious conceptions of bodily appearance and how these conceptions affect self-esteem. The greater the significance of perfectionist conceptions of bodily appearance is for self-esteem, the more fragile is the individual's self-esteem in the face of subjectively experienced changes in physical appearance and the greater is his contempt for 'ugliness' in himself and in others.

1. Relatively conflict-free and essentially pleasurable attitudes toward one's physical appearance. Self-esteem is only partly based on one's appearance.

(Accepts and approves of one's own appearance with all its assets, defects and shortcomings, and makes the best of it. Enjoys maintaining one's appearance through bodily care and hygiene, choice of dress, cosmetics etc., though without their becoming a pervasive or overly demanding interest. Can enjoy 'getting dolled up' or 'made up' without experiencing it as an obligation.)

2. Preoccupation with physical appearance in thoughts, feelings or activities. Self-esteem is fragile and based to a large extent on one's appearance.

(Anxious vanity and sensitivity as to how other people may perceive one's appearance. Afraid of 'making a fool of oneself' by wearing the 'wrong' clothes. Well-groomed or well-dressed in an anxious manner in order to 'fit in'. May develop phobic tendencies owing to one's conceptions of physical appearance. Lavish vanity and profligate preoccupation with appearance in the form of bodily care and hygiene, selection of clothing, cosmetics etc. Spends a lot of time and money on appearance in order to reinforce self-esteem.)

3. Obsessive thinking about or preoccupation with physical appearance in a very profligate manner, or a manifest denial of its significance. Self-esteem is very fragile and based mainly on one's appearance.

(Contempt for physical defects or ugliness in oneself and in others is common. Difficulties in accepting changes in appearance that are associated with normal aging. This can be expressed in compulsive, perfectionist care of appearance that consumes considerable time and money. Compulsive athletics, extreme snobbery, compulsive dieting, plastic surgery or social phobias due to appearance. The converse can also occur - i.e. a resigned neglect of one's appearance. Pronounced neglect of and disdain for appearance - e.g., scruffy clothes, gravy stains or demonstratively unkempt appearance.)

## **11. Conceptions of bodily function and their significance for self-esteem**

Attitudes that reflect relatively stable conscious and unconscious conceptions of bodily function and how these conceptions affect self-esteem. The greater the significance of perfectionist conceptions of bodily function is for self-esteem, the more fragile is the individual's self-esteem in the face of subjectively experienced changes in bodily function and the greater is his contempt of physical weakness in himself and in others.

1. Relatively conflict-free and essentially pleasurable attitudes toward bodily function. Self-esteem is only partly based upon physical function.

(Accepts and approves of the way the body functions with all its assets, defects and shortcomings, and makes the best of it. Can adjust to changes in the physical function of the body due to normal aging, illness or injury. Concern for one's health without its becoming a pervasive or overly demanding preoccupation. Can consciously

balance between health and wholesomeness on the one hand and enjoyment and pleasure on the other, without suppressing either.)

2. Preoccupation with bodily function in thoughts, feelings or activities. Self-esteem is fragile and based to a large extent upon how the body functions.

(Profligate preoccupation with various physical functions such as weight, mobility, strength, digestive tract functions and secretion products. This can be expressed through such self-disciplinary measures as dieting and physical exercise. Shame and social anxiety associated with bodily functions - e.g., apprehension of sweating, body odour or audible bowel movements and gas when going to the toilet. This may lead to the development of phobic tendencies such as suppressing the need going to the toilet all day at work for fear that it might be heard.)

3. Obsessive thinking about or preoccupation with physical needs and functions in a very profligate manner, or a manifest denial of their significance. Self-esteem is very fragile and based mainly upon how the body functions.

(Contempt for physical weakness or dysfunction in oneself and in others is common. Difficulty in accepting changes in the function of the body that are associated with normal aging, illness or injury. This can be expressed in compulsive, perfectionist concern with physical functions that consumes both time and money - e.g., inordinate training of strength and physical fitness, compulsive dieting, obsessive almost hypochondriac preoccupation with physical needs, sensations and functions or anorectic behaviour in an attempt to 'control' physical function. Cannot balance health and wholesomeness on the one hand and enjoyment and pleasure on the other. Social phobias due to subjectively experienced bodily dysfunction. The converse can also occur - i.e., a resigned neglect of and pronounced disdain for various physical needs. Neglect of health in a pronounced and systematic manner.)

## **12. Current body image**

Attitudes that reflect current conscious and unconscious conceptions of the appearance and the function of the body, and how these conceptions affect self-esteem at present.

1. Basically satisfied with physical appearance and function, except for what may be due to actual conditions and difficulties. This does not however lead to any significant limitations in one's way of life.

(Accepts and approves of one's appearance and body function at present with all their assets, defects and shortcomings. Self-esteem is not significantly affected by subjectively experienced defects and deficiencies. Such defects do not prevent the individual from trying to lead a normal life, with reasonable adjustment to the nature of the difficulties, even in the event of manifest handicap - e.g., avoids appearing naked in front of others than close relatives if he has an ileostomy, but does not avoid going to a public pool, though he uses a less revealing bathing suit.)

2. A sense of defect or shameful insufficiency regarding aspects of physical appearance or function. This leads to a limited, but manifest distress and entails considerable limitations on one's way of life.

(Self-esteem is affected by subjectively experienced deficiencies which hinder a normal life and adjustment to the nature of the difficulties. Avoids being seen in certain social situations due to subjectively experienced deficiency in appearance or function. Is ashamed of subjectively experienced deficiencies - e.g., dares not bathe in public owing to subjectively experienced obesity, thinness or scanty muscle volume.)

3. Profound feeling of helplessness or feeling of being repulsive, contemptible, shameful, weak or worthless due to the body's appearance or function. This causes generalized distress with severe restrictions to one's way of life.

(Profoundly disturbed self-esteem due to subjectively experienced deficiencies in appearance or function - e.g., obesity, audible bowel movements, bad breath, acne, large or small nose, large or small breasts. Develops extensive phobias for any such reasons.)

### **13 Sexual fantasies**

The ability to get in touch with, express and experience sexual fantasies in a pleasurable, satisfying, voluntary and controllable way.

1. May, when the situation permits it, experience a good intrication between sexuality and sexual fantasies. Sexual fantasies may be expressed in a flexible manner.

(Can indulge in sexual fantasies, and verbalize them and experience them in sexuality, alone and with others. Fantasies facilitate sexual desire and self-esteem, and satisfactory sexual activity. Can inhibit rationality to engage an erotic atmosphere, the purpose of sexual activity is the pleasure of sharing, not just the performance or reassurance.)

2. Limited ability to experience a good intrication between sexuality and sexual fantasies, may be a predominance of relatively rigid fantasies.

(The experience and expression of sexual fantasies in sexuality alone and with others is possible but with discomfort, embarrassment, anxiety and guilt. Sometimes fantasies can cause an inhibition of sexuality or sexual satisfaction.)

3. Apparent difficulties to live a good intrication between sexuality and sexual fantasies. Sexual fantasies are very rigid. Never had sexual fantasies

(Very rigid and compulsive sexual fantasies which regularly generate suffering of self or partners, anxiety, guilt; can completely inhibit sexuality, or prevent any sexual behavior outside of a specific scenario. Indifference to external erotic propositions, or to an erotic proposition which is different of a specific scenario. Anhedonia which is not caused by depression.)

### **14 Conceptions of gender identity and the role of gender identity**

Attitudes that reflect relatively stable conscious and unconscious conceptions of gender identity and the role of gender identity and how these conceptions affect self-esteem.

1. Relatively conflict-free and essentially pleasurable attitude towards one's gender identity and role of gender identity. Self-esteem is only partly based on gender identity and role of gender identity.

(Gender identity is well integrated, stable, is able to be expressed through congruent behaviors (role identity). The expression of role identity reinforces gender identity. Acceptance of its faults and ability to take advantage of its characteristics. Seeks to develop its gender qualities without feeling that it is a chore. Can express traits or behaviors culturally attributed to the opposite sex without destabilizing the gender identity. Sexual fantasies feature predominantly gender identity and role of gender identity, but sexual fantasies about gender identity of the opposite sex or the role of gender identity of the opposite sex are possible without it destabilizing the gender identity. Has a certain pride in relation to primary and secondary sexual characters.)

2. Stable gender identity, but preoccupation with the role of gender identity in feelings, thoughts and behaviors. Self-esteem is fragile and based to a large extent on one's role of gender identity.

(Anxiety, discomfort, embarrassment in the expression of the role of gender identity. Do not feel credible, can sometimes avoid situations when the role of gender identity is brought into play. Excessive concern about acquiring meaningful behavior for the role of gender identity. May have doubts over gender identity. In sexual fantasies, there is ambiguity about gender identity or role of gender identity. There may be some ambivalence in relation to primary and secondary sexual characteristics.)

3. Obsessive thinking about or preoccupation with gender identity or role of gender identity in a very profligate manner, or a manifest denial of its significance and its social impact. Self-esteem is very fragile and based mainly on one's gender identity and one's role of gender identity.

(Major concerns with regards to the expression of gender identity or the role of gender identity. Avoidance of situations where gender identity or the role of gender identity or are brought into play. Significant investment of time and money in compulsive activities to strengthen the gender identity or the role of gender identity. Rejection of or inability to adapt to the cultural gender stereotypes or gender identity of the opposite sex. Disgust and major suffering with regards to primary and secondary sexual characteristics.)

## **15 Conceptions of sexual orientation.**

Attitudes that reflect relatively stable conscious and unconscious conceptions of sexual orientation and how these conceptions affect self-esteem.

1. Relatively conflict-free and essentially pleasurable attitude towards one's sexual orientation. Self-esteem is only partly based on sexual orientation.

(Sexual orientation is stable, ego-syntonic, experienced with pride. A person is defined by sexual orientation, they feel valued when they can express it. Good integration of their sexual orientation in sexual and emotional relationship with their partner. Predominance of sexual orientation in sexual fantasies, but may fantasize using another sexual orientation, without having it call into question actual sexual orientation.)

2. Preoccupation with sexual orientation in feelings, thoughts and behaviors. Self-esteem is fragile and based to a large extent on one's sexual orientation.

(Anxiety, discomfort, embarrassment in expressing sexual orientation. Does not feel credible and can sometimes avoid situations where sexual orientation comes into play. Sometimes there may be doubts with regards to sexual orientation. Can have ego-dystonic sexual fantasies about sexual orientation. Can, however, express sexual orientation with a partner and experience sexual and emotional satisfaction.)

3. Obsessive thinking about or preoccupation with sexual orientation in a very profligate manner, or a manifest denial of its significance. Self-esteem is very fragile and based mainly on one's sexual orientation.

(Cannot be defined in relation to sexual orientation or has obsessive concerns about own sexual orientation, which causes major distress. Possible denial of significance or sexual orientation. Sexual fantasies about sexual orientation are a major source of psychological distress. Major concerns about the expression of sexual orientation. Avoidance of situations where sexual orientation comes into play.)

## **16 Sense of belonging**

Attitudes that reflect the experience of belonging to one or more groups of people as well as the experience of satisfaction in social contexts.

1. Takes an essential and active role in social contexts and usually finds this satisfying.

(Takes responsibility for maintaining relationships with others, in the family, with friends, at work or in other groups. Finds satisfaction in participating in social contexts. Takes active initiatives to social contact. Enjoys being with people, but can also choose to be alone.)

## 2. Participates passively in social contexts and often finds this satisfying.

(Passive and reserved in social contexts, such as in the family, amongst friends, at work or in other groups. Enjoys being with others, but takes very little responsibility for maintaining relationships. Finds satisfaction in participating in social contexts, if someone else takes the initiative. Stays at the periphery of groups and follows the herd.)

## 3. Isolates oneself and feels little sense of belonging or satisfaction in social contexts.

(Does not make social contacts and avoids social situations as far as possible. Prefers to be alone. Has difficulties in feeling a sense of belonging anywhere, either in the family, or amongst possible acquaintances or colleagues.)

## **17 Feeling of being needed**

Attitudes that reflect the experience of being emotionally significant to someone and needed.

### 1. Feeling of being emotionally significant to someone and needed.

(Feels liked, needed and appreciated by others - e.g., partner, children, friends or colleagues. Has something to give to others emotionally and believes they care about how one is and how one feels.)

### 2. Has difficulty in feeling emotionally significant to anyone or needed.

(Has difficulty in feeling liked, needed and appreciated by others, e.g. partner, children, friends or colleagues, but can occasionally do so. Does what is needed or expected in the family or in other social contexts, but despite this does not feel particularly significant to anyone or needed. Feelings of having little to give to others emotionally, and difficulties in feeling appreciated, that others care about how one is and how one feels. “Blow, blow, thou winter wind,/ thou art not so unkind/ As man’s ingratitude.”)

### 3. Does not feel emotionally significant to anyone or needed.

(Does not feel liked, needed or appreciated by others. Feels replaceable, despite the fact that his work or other contributions may be essential. Feelings of having nothing to give emotionally and of being useless to others. Instead, feels like a helpless burden on others. Dependent on support and help from others in order to manage-“nobody cares if I live or die”.)

## **18 Access to advice and help**

Attitudes that reflect the experience of having close relationships to turn to when in need of help.

### 1. Has someone to turn to when in need of help.

(Feels secure in having close relationships, e.g. family, relatives, friends, colleagues, who are relatively easy to turn to and who are willing to help out when necessary. This help may consist in someone who gives practical or economic help, advice, or merely listens.)

### 2. Counts on help, but only in truly difficult situations.

(Counts on help from close relationships in truly difficult situations - e.g. psychosocial crises or illness. Lack of security in relationships with others makes it difficult to ask for and expect help in other situations.)

### 3. Has no one to turn to for help.

(Has no close relationship to draw on when in need of help, whether it's a matter of advice, practical problems or economy. Has only social welfare organizations, health care or other institutions to turn to for help in such situations.)

## **19 Personality organization**

The long-term and relatively stable ways of experiencing and relating to inner and outer reality, i.e., the personality organization, is determined by the degree of differentiation and integration of the internalized object relations. Differentiation in this context the ability to distinguish self from non-self and inner fantasy from outer reality, a prerequisite for reality testing. Integration in this context means the ability to experience simultaneously both oneself and others as whole persons with both good and bad qualities. Self and object constancy has been achieved, when integration remains relatively stable even in the face of frustration. This is a prerequisite for the ability to experience intrapsychic conflict and ambivalence.

Criteria for assessment of the personality organization are to what extent differentiation with a capacity for reality testing has been achieved and whether self and object representations are predominantly integrated and constant (stable identity) or not (identity diffusion). The defensive strategies are also assessed.

### 1. Neurotic personality organization.

A good capacity for reality testing, stable self and object differentiation and stable identity. Internalized conflicts are describable in terms of intrapsychic and structural conflicts. Mature defences predominate - e.g., repression reinforced by inhibitory and reactive defences (reaction formation, isolation of affect etc.).

(Can see oneself and others in a relatively differentiated way. Experiences of internal conflict, ambivalence; 'there are two sides to every question' and capacity for guilt feelings.)

### 2. Borderline personality organization.

Capacity for reality testing with relatively stable self and object differentiation. However, the integration of self and object representations is not stable which leads to deficient constancy and to identity diffusion. Externalization of conflicts and their causes. Primitive defences predominate, primarily splitting.

(Pronounced difficulties in simultaneously experiencing love and hate toward the same person, accompanied by a sense of inner conflict. Difficulty in experiencing continuous identity in oneself and in others - e.g., as in 'as-if personalities'. Conflicting and often sweeping descriptions of oneself and others as completely good or bad. Often rapid shifts between such descriptions, without any awareness of contradiction or internal conflict.)

### 3. Psychotic personality organization.

Loss of stable reality testing and of stable self and object differentiation. Deficient integration of self and object representations, which leads to identity diffusion. Primitive defences predominate - e.g., Severe splitting and fragmentation of the internal world, de-differentiation and re-fusion of self and object representation.

(Delusions of a psychotic nature, hallucinations, loss of boundaries between self and object representations.)

## II. Items d'évaluation de la sexualité dans le KAPP

### 13. Sexual functioning

Attitudes that reflect sexual functioning in relation to a partner, regardless of whether the individual's preference is heterosexual or homosexual.

1. Sexual functioning is not significantly affected by functional disturbances.

(Functions well sexually when desire is aroused. Rarely becomes impotent or frigid and generally achieves orgasm.)

2. Sexual functioning is often affected by functional disturbances.

(Even when sexual desire is aroused, intercourse is often affected by such functional disturbances as impotence, frigidity, *ejaculation praecox* or *retarda*, or for somatic reasons.)

3. Sexual functioning is seriously affected by functional disturbances.

(Rarely or never functions sexually, even when sexual desire is aroused. Intercourse is virtually always affected by such functional disturbances as impotence, frigidity, *ejaculation praecox* or *retarda* or for somatic reasons. Such disturbances may lead to an avoidance of sexual intercourse.)

### 14. Sexual satisfaction

Attitudes that reflect conscious and unconscious conceptions of sexual interest, sexual desire and satisfaction in relation to a partner, regardless of whether individual's preference is heterosexual or homosexual.

1. Has an *active* sexual interest, feels sexual desire and usually experiences sex life as satisfying.

(Experiences sexual desire as something pleasurable and enriching. Enjoy sexual fantasies and actively takes sexual initiative. Finds sexual intercourse satisfying. Usually achieves orgasm. Some erotic props or special conditions may intensify sexual satisfaction, but these are subordinate significance (*e.g.*, foreplay to sexual intercourse). The achievement of satisfaction is not contingent upon their presence nor is foreplay an end in itself.

This level on the subscale also applies to individuals who have previously had satisfying sexual relationships but, for various reasons such as divorce or death, do not have a partner now.)

2. Has an occasional sexual interest, occasionally feels sexual desire and occasionally experiences sex life as satisfying.

(Inhibited and rarely has sexual fantasies or takes open and active sexual initiative. Occasionally enjoys sexual intercourse if the partner takes the initiative. Occasionally achieves orgasm and sexual satisfaction, though this does not lead to active sexual initiative in order to repeat the satisfaction on another occasion. Sexuality is experienced as something one can take or leave. Special conditions are often required to enable any sexual desire and satisfaction at all – *e.g.*, special lighting arrangements such as candlelight or total darkness.

For some individual special arrangements and erotic props are necessary in order to achieve sexual desire and satisfaction. These conditions may become an end in themselves.)

3. Rarely or never experiences sexual desire and satisfaction, even if sexual interest can be aroused.

(Can experience and show anything from a lack of interest to an active resistance toward sex. Sexual intercourse is experienced as a reproductive duty, and not as a source of desire and satisfaction. Can have certain sexual interest, *e.g.* pornographic, but cannot feel sexual desire and satisfaction in relation to a real partner.)

### **III. Items d'évaluation de la sexualité dans le KAPP-SD**

#### **13 Sexual fantasies**

The ability to get in touch with, express and experience sexual fantasies in a pleasurable, satisfying, voluntary and controllable way.

1. May, when the situation permits it, experience a good intrication between sexuality and sexual fantasies. Sexual fantasies may be expressed in a flexible manner.

(Can indulge in sexual fantasies, and verbalize them and experience them in sexuality, alone and with others. Fantasies facilitate sexual desire and self-esteem, and satisfactory sexual activity. Can inhibit rationality to engage an erotic atmosphere, the purpose of sexual activity is the pleasure of sharing, not just the performance or reassurance.)

2. Limited ability to experience a good intrication between sexuality and sexual fantasies, may be a predominance of relatively rigid fantasies.

(The experience and expression of sexual fantasies in sexuality alone and with others is possible but with discomfort, embarrassment, anxiety and guilt. Sometimes fantasies can cause an inhibition of sexuality or sexual satisfaction)

3. Apparent difficulties to live a good intrication between sexuality and sexual fantasies. Sexual fantasies are very rigid. Never had sexual fantasies

(Very rigid and compulsive sexual fantasies which regularly generate suffering of self or partners, anxiety, guilt; can completely inhibit sexuality, or prevent any sexual behavior outside of a specific scenario. Indifference to external erotic propositions, or to an erotic proposition which is different of a specific scenario. Anhedonia which is not caused by depression)

#### **14 Conceptions of gender identity and the role of gender identity**

Attitudes that reflect relatively stable conscious and unconscious conceptions of gender identity and the role of gender identity and how these conceptions affect self-esteem.

1. Relatively conflict-free and essentially pleasurable attitude towards one's gender identity and role of gender identity. Self-esteem is only partly based on gender identity and role of gender identity.

(Gender identity is well integrated, stable, is able to be expressed through congruent behaviors (role identity). The expression of role identity reinforces gender identity. Acceptance of its faults and ability to take advantage of its characteristics. Seeks to develop its gender qualities without feeling that it is a chore. Can express traits or behaviors culturally attributed to the opposite sex without destabilizing the gender identity. Sexual fantasies feature predominantly gender identity and role of gender identity, but sexual fantasies about gender identity of the opposite sex or the role of gender identity of the opposite sex are possible without it destabilizing the gender identity. Has a certain pride in relation to primary and secondary sexual characters.)

2. Stable gender identity, but preoccupation with the role of gender identity in feelings, thoughts and behaviors. Self-esteem is fragile and based to a large extent on one's role of gender identity.

(Anxiety, discomfort, embarrassment in the expression of the role of gender identity. Do not feel credible, can sometimes avoid situations when the role of gender identity is brought into play. Excessive concern about

acquiring meaningful behavior for the role of gender identity. May have doubts over gender identity. In sexual fantasies, there is ambiguity about gender identity or role of gender identity. There may be some ambivalence in relation to primary and secondary sexual characteristics.)

3. Obsessive thinking about or preoccupation with gender identity or role of gender identity in a very profligate manner, or a manifest denial of its significance and its social impact. Self-esteem is very fragile and based mainly on one's gender identity and one's role of gender identity.

(Major concerns with regards to the expression of gender identity or the role of gender identity. Avoidance of situations where gender identity or the role of gender identity or are brought into play. Significant investment of time and money in compulsive activities to strengthen the gender identity or the role of gender identity. Rejection of or inability to adapt to the cultural gender stereotypes or gender identity of the opposite sex. Disgust and major suffering with regards to primary and secondary sexual characteristics.)

## **15 Conceptions of sexual orientation.**

Attitudes that reflect relatively stable conscious and unconscious conceptions of sexual orientation and how these conceptions affect self-esteem.

1. Relatively conflict-free and essentially pleasurable attitude towards one's sexual orientation. Self-esteem is only partly based on sexual orientation.

(Sexual orientation is stable, ego-syntonic, experienced with pride. A person is defined by sexual orientation, they feel valued when they can express it. Good integration of their sexual orientation in sexual and emotional relationship with their partner. Predominance of sexual orientation in sexual fantasies, but may fantasize using another sexual orientation, without having it call into question actual sexual orientation.)

2. Preoccupation with sexual orientation in feelings, thoughts and behaviors. Self-esteem is fragile and based to a large extent on one's sexual orientation.

(Anxiety, discomfort, embarrassment in expressing sexual orientation. Does not feel credible and can sometimes avoid situations where sexual orientation comes into play. Sometimes there may be doubts with regards to sexual orientation. Can have ego-dystonic sexual fantasies about sexual orientation. Can, however, express sexual orientation with a partner and experience sexual and emotional satisfaction).

3. Obsessive thinking about or preoccupation with sexual orientation in a very profligate manner, or a manifest denial of its significance. Self-esteem is very fragile and based mainly on one's sexual orientation.

(Cannot be defined in relation to sexual orientation or has obsessive concerns about own sexual orientation, which causes major distress. Possible denial of significance of sexual orientation. Sexual fantasies about sexual orientation are a major source of psychological distress. Major concerns about the expression of sexual orientation. Avoidance of situations where sexual orientation comes into play.)