



Article scientifique

Article

2016

Published version

Public access

This is the published version of the publication, made available in accordance with the publisher's policy.

Troubles sexuels chez les patients atteints d'un trouble psychiatrique

Soldati, Lorenzo

How to cite

SOLDATI, Lorenzo. Troubles sexuels chez les patients atteints d'un trouble psychiatrique. In: Revue médicale suisse, 2016, vol. 12, n° 510, p. 544–547.

This publication URL: <https://archive-ouverte.unige.ch/unige:89918>

© This document is protected by copyright. Please refer to copyright holder(s) for terms of use.

Last deposit update in Archive ouverte UNIGE on 15.03.2023 02:05

Troubles sexuels chez les patients atteints d'un trouble psychiatrique

Dr LORENZO SOLDATI^a

Rev Med Suisse 2016; 12: 544-7

La littérature scientifique montre que les troubles sexuels sont plus fréquents chez les patients atteints de troubles psychiatriques que dans la population générale. On sait également que la prévalence des troubles sexuels est sous-estimée par les professionnels, en partie parce que les patients en parlent rarement de façon spontanée. Pourtant, les troubles sexuels ont un impact sur la santé mentale des patients. De plus, les psychotropes, en particulier certains antidépresseurs et certains antipsychotiques, peuvent péjorer le fonctionnement sexuel et induire des troubles sexuels. Ces effets secondaires peuvent, en retour, réduire la compliance des patients à leur traitement médicamenteux. Il est donc important que les praticiens prennent en compte le vécu sexuel de leurs patients.

Sexual dysfunction among patients with psychiatric disorders

Scientific literature shows that sexual dysfunction is more common in patients suffering from psychiatric illness as opposed to the general population. It also shows that the prevalence of sexual dysfunction is underestimated by professionals, partly because patients rarely talk spontaneously about their dysfunctions. However, sexual dysfunction has an impact on patients' mental health. Furthermore, some psychotropic medication, antidepressants and antipsychotics in particular, can hinder sexual functioning and induce sexual dysfunction. These harmful effects can, in turn, reduce patients' compliance with their medical treatments. It is therefore important that practitioners take into account their patients' sexual experience.

INTRODUCTION

Les troubles sexuels sont fréquents dans la population générale: selon certaines études, ils pourraient concerner plus de 40% des femmes et 30% des hommes.¹

La réponse sexuelle implique une combinaison de facteurs psychologiques, comme le contexte émotionnel et les dynamiques relationnelles avec le partenaire, mais aussi neurologiques, vasculaires et hormonaux. Ces divers facteurs sont coordonnés par l'hypothalamus, le système limbique et les aires du cortex cérébral. Ils sont influencés par l'intervention de différents neurotransmetteurs et neuropeptides, ainsi que par des hormones incluant la dopamine, la sérotonine, la noradrénaline, les androgènes, les estrogènes, la progestérone, la prolactine et l'ocytocine.^{2,3}

Les troubles sexuels sont plus fréquents chez les patients atteints d'un trouble mental; cela est dû aux influences de la psychopathologie et de la pharmacothérapie associée sur le fonctionnement sexuel.^{4,5} Les neurotransmetteurs impliqués dans le fonctionnement sexuel le sont aussi dans la pathophysiologie et la pharmacologie des troubles mentaux.² Par ailleurs, les dysfonctions sexuelles peuvent avoir un impact sur la santé mentale.⁶

Bien que les recherches faites dans ce domaine depuis les années 80 soient nombreuses, la prévalence des troubles sexuels chez les patients souffrant d'un trouble mental reste sous-estimée dans la pratique clinique.⁷ Cela est dû au fait que les patients, mais également les médecins, sont réticents à aborder la question du fonctionnement sexuel.⁷

TROUBLES PSYCHOTIQUES ET TROUBLES SEXUELS

La schizophrénie se caractérise entre autres par la présence de symptômes négatifs, tels que l'anhédonie, l'apathie, l'aboulie et l'affect émoussé. Ces symptômes influencent le fonctionnement sexuel et diminuent les possibilités de relations interpersonnelles et d'expériences sexuelles.^{2,8} Les schizophrènes s'intéressent et s'engagent moins dans les activités sexuelles et en retirent moins de satisfaction; cela est en lien avec la gravité de leur psychopathologie.⁹ En revanche, les pratiques auto-érotiques sont fréquentes.^{10,11}

Les symptômes positifs de la schizophrénie peuvent être associés à une libido augmentée,¹² mais cette symptomatologie n'est que rarement à l'origine d'agressions sexuelles.¹³ Par contre, on peut observer des délires érotomaniaques ou des délires liés à l'identité sexuelle, ainsi que des hallucinations cénesthésiques de nature sexuelle.¹⁴

Les troubles sexuels sont un phénomène fréquent chez ces patients: selon certaines études, plus de 70% des hommes et plus de 50% des femmes non hospitalisés relatent des troubles sexuels.¹⁵ La fréquence du désir sexuel et des orgasmes est inférieure à la moyenne,¹⁵ et presque 50% des hommes souffrent d'un trouble érectile.¹⁶ Par ailleurs, la préoccupation en lien au trouble sexuel peut péjorer la symptomatologie psychotique.¹⁷

L'introduction d'antipsychotiques augmente encore le risque de développer des troubles sexuels, touchant alors 60% des patients, voire même 90% selon les études.^{3,8,18}

Les hommes relatent surtout des troubles érectiles ou une éjaculation retardée, mais aussi une diminution du désir.⁷ Les

^a Service des spécialités psychiatriques, Département de santé mentale et de psychiatrie, Consultation spécialisée de sexologie, HUG, rue de Lausanne 20bis, 1201 Genève
lorenzo.soldati@bluewin.ch

femmes rapportent surtout des troubles du désir et de l'orgasme, mais aussi de la dyspareunie.⁷

Les antipsychotiques engendrent des troubles sexuels à travers plusieurs mécanismes, tels que l'hyperprolactinémie et leur effet antidopaminergique, mais également par leur effet antiadrénergique, antihistaminique, et antimuscarinique.¹⁹⁻²¹ Certains antipsychotiques atypiques ont moins d'effets secondaires sexuels que les antipsychotiques typiques.^{3,8} Ils ont un risque moins élevé d'augmenter la prolactine plasmatique (à part l'amisulpride et la rispéridone), et engendrent plus rarement des effets secondaires extrapyramidaux, ce qui peut être bénéfique pour les performances sexuelles.² Les effets secondaires négatifs des antipsychotiques sur la sexualité affectent la compliance médicamenteuse des patients.²²

La quétiapine n'est pas associée à des concentrations élevées de prolactine, et elle a un risque moindre d'effets secondaires sexuels en comparaison à la rispéridone, l'olanzapine et l'halopéridol (18% vs 35-43% selon une étude²³). L'aripiprazole n'est pas associée à une augmentation des troubles sexuels. Au contraire, on observe des améliorations du désir sexuel, de l'excitation sexuelle et de l'orgasme.²⁴

TROUBLES DE L'HUMEUR ET TROUBLES SEXUELS

Les épisodes dépressifs sont caractérisés notamment par de l'aboulie, de l'apathie, de l'anhédonie, ainsi qu'une réduction du désir sexuel, ayant des répercussions directes sur le fonctionnement sexuel.²⁵

Les troubles sexuels sont plus fréquents chez les patients avec un trouble dépressif majeur, avec des prévalences qui vont de 40 à 65% avant l'introduction d'un antidépresseur.⁸ Selon une étude,²⁶ plus de 40% des hommes et 50% des femmes avaient une diminution du désir sexuel; en plus, on remarquait des difficultés d'excitation chez presque 50% des patients, et des troubles de l'orgasme chez près de 20%. La fréquence des troubles sexuels est similaire aussi bien lors d'un trouble dépressif que lors des phases dépressives d'un trouble bipolaire.²⁷

Par contre, la dépression n'est pas toujours à l'origine d'une diminution de la sexualité, mais peut parfois amener une augmentation de l'intérêt sexuel. Selon une étude,¹³ 23% d'hommes dépressifs présentent une augmentation du désir sexuel. Ces données sont moins marquées chez la femme, chez laquelle on observe surtout une augmentation de la masturbation.⁵ Ce constat a poussé à imaginer que la masturbation pourrait être une méthode de régulation de l'humeur.¹³ Par ailleurs, l'intérêt et l'activité sexuels augmentent lors des phases de manie et d'hypomanie.¹³

Les individus souffrant d'un trouble sexuel ont plus de symptômes dépressifs et anxieux,²⁸ ce qui incite à penser à une relation bidirectionnelle entre dépression et troubles sexuels, avec la possibilité que des troubles sexuels puissent aller jusqu'à causer une légère dépression.⁶

L'introduction d'un antidépresseur peut compliquer toutes les phases de la réponse sexuelle, induisant des troubles sexuels;

leur prévalence se situerait entre 22 et 59%.²⁹⁻³¹ Les effets secondaires les plus connus sont l'éjaculation retardée, l'anorgasmie, le trouble érectile et la diminution du désir sexuel.³² Il existe aussi des effets secondaires rares, observés surtout après la prescription des inhibiteurs sélectifs du recaptage de la sérotonine (ISRS); ces effets secondaires sont l'anesthésie du pénis, du clitoris ou du vagin, des orgasmes douloureux, des orgasmes associés à des bâillements, ou spontanés, le priapisme, l'augmentation de la libido, et la diminution de volume d'éjaculation.³³

Les antidépresseurs provoquant le plus d'effets secondaires sexuels sont les ISRS, les inhibiteurs du recaptage de la noradrénaline et de la sérotonine, les inhibiteurs de la monoamine-oxydase, ainsi que les antidépresseurs tricycliques.³³

L'augmentation de l'activité sérotoninergique est corrélée avec une diminution de la libido et des problèmes d'anorgasmie.³³ La paroxétine, la sertraline, la venlafaxine, le citalopram et la fluoxétine engendrent plus d'effets secondaires; à l'inverse, la duloxétine, la réboxétine, l'escitalopram, la fluvoxamine et l'imipramine en provoquent moins.^{8,31} Les effets secondaires sur la sexualité peuvent amener à l'arrêt du traitement par le patient.³¹

Il existe malgré tout quelques études qui montrent que l'utilisation d'antidépresseurs chez des patients déprimés améliore à la fois les symptômes dépressifs et la fonction sexuelle, notamment le désir sexuel, l'intérêt et la satisfaction.³⁴

Les effets secondaires sexuels dus aux antidépresseurs sont rares avec l'agomélatine, l'amineptine, la tianeptine, le bupropion, le moclobémide, la mirtazapine et le néfazodone, de l'ordre de 1 à 3%.³⁵⁻³⁸ Par ailleurs, les ISRS ont montré une bonne efficacité dans le traitement de l'éjaculation précoce.³⁹

TROUBLES ANXIEUX ET TROUBLES SEXUELS

L'anxiété est une émotion normale mais qui, dans les troubles anxieux, devient intense, envahissante et empêche de vivre normalement.⁴⁰ L'anxiété concernant la performance sexuelle ou les enjeux relationnels associés, tels que l'intimité ou le rejet de la part du partenaire, peut induire des troubles sexuels et l'évitement de la sexualité.⁴¹

Septante-cinq pour cent des patients avec un trouble anxieux déclarent avoir des problèmes sexuels.⁴² La moitié de ces derniers ont une aversion sexuelle. Ces patients se masturbent moins fréquemment: la raison principale en est la peur de faire une attaque de panique.⁴² Certains auteurs³ proposent que l'augmentation des battements cardiaques pendant l'excitation sexuelle puisse produire la peur de l'attaque de panique. Les patients avec un trouble panique souffrent de troubles sexuels beaucoup plus que les patients avec une phobie sociale.⁴²

Les hommes avec une phobie sociale souffrent de difficultés, d'intensité modérée, dans l'excitation, l'orgasme et la satisfaction sexuelle et ont des préoccupations autour de la performance.⁴³ Le trouble sexuel le plus fréquent est l'éjaculation précoce, présent chez presque 50% des patients. Au contraire,

les femmes ont des troubles plus fréquents dans le désir, l'excitation et l'activité sexuelle et beaucoup d'insatisfaction.⁴³

Chez les patients atteints d'un trouble obsessionnel compulsif, on retrouve un taux élevé d'anorgasmie et de troubles de l'excitation sexuelle chez les femmes, et plus d'éjaculation précoce et de troubles érectiles chez les hommes. On observe également un manque de satisfaction sexuelle et une diminution du désir et de la fréquence des rapports sexuels.^{3,8,44}

Plus de la moitié de ces patients arrêtent les rapports sexuels, ce qui correspond à une fréquence plus élevée que chez les patients avec un trouble panique.⁴⁴

L'état de stress post-traumatique affecte le fonctionnement émotionnel et social des patients, ce qui peut avoir des répercussions sur leur fonctionnement sexuel.⁴⁵ De plus, chez les femmes, il est souvent secondaire à un trauma sexuel.⁴⁵ On retrouve des difficultés sexuelles chez plus de 80% de ces patients.⁴⁶ Selon certaines études, ils ont plus de troubles du désir, de l'excitation et de l'orgasme,⁴⁷ et leurs difficultés sexuelles augmentent avec l'introduction d'un ISRS.⁴⁷

Par contre, les benzodiazépines n'affectent pas la fonction sexuelle de façon significative.⁴⁸ L'incidence des troubles sexuels est plus élevée chez les patients traités avec des antidépresseurs qui ne prennent pas de benzodiazépines par rapport à ceux qui en prennent.⁴⁹

TROUBLES ALIMENTAIRES ET TROUBLES SEXUELS

L'anorexie mentale est caractérisée par un trouble de l'image corporelle. Celui-ci influence souvent le vécu de la sexualité dans le sens d'un intérêt restreint, voire même du dégoût ou de la peur.²

Certaines études⁵⁰ ont trouvé des troubles sexuels chez plus de 80% des patientes, majoritairement des troubles du désir. Plus de 60% des patientes n'étaient pas engagées dans une relation sentimentale, et avaient des menstruations irrégulières.⁵⁰ Les patientes anorexiques ont une mauvaise estime d'elles-mêmes par rapport à la sexualité, beaucoup plus que les patientes boulimiques, et s'engagent beaucoup moins que ces dernières dans la masturbation.⁵⁰

TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ ET TROUBLES SEXUELS

Les patients souffrant de troubles de la personnalité ont des traits de caractère très rigides qui engendrent des particularités du fonctionnement interpersonnel, avec des difficultés relationnelles majeures.^{9,40} Ces patients peuvent avoir différentes difficultés avec la sexualité, qui vont de la promiscuité à l'évitement.⁵¹

Les patients avec des personnalités histrioniques ont un besoin constant de réassurance, de gratification, ainsi qu'un besoin d'être au centre de l'attention. Ils sont aussi très préoccupés par rapport à leur attractivité sexuelle et par rapport aux attentes concernant leurs performances sexuelles.^{3,52,53} Les fem-

mes histrioniques en relation conjugale relatent moins de désir sexuel, moins d'activité sexuelle, plus de troubles orgasmiques, une insatisfaction majeure dans les relations conjugales, plus de relations extraconjugales, et une moindre estime d'elles-mêmes.⁵⁴ Les hommes avec des traits histrioniques relatent des rapports sexuels plus fréquents, se décrivent comme meilleurs amants, donnant plus de satisfaction à leur partenaire; ils ont plus de relations extraconjugales.⁵⁵

Les patients avec une personnalité borderline se caractérisent par des relations interpersonnelles très intenses, instables, une peur intense d'être abandonnés, et l'oscillation entre idéalisation et dévalorisation de soi et autrui. Ceci influence leur sexualité: ils peuvent avoir des troubles du désir hypersexuel ou hyposexuel, avec des comportements qui vont de l'évitement sexuel à la promiscuité.⁴⁰ Les femmes borderlines ont plus de comportements sexuels à risque, une augmentation de l'activité sexuelle et du nombre de partenaires, plus d'estime sexuelle, mais aussi plus de préoccupations sexuelles, plus de mécontentement par rapport à la sexualité, et plus de risques de se faire violer.⁵⁶

Selon certaines études, 65% des femmes et 45% des hommes borderlines rapportent des vécus dissociatifs, des envies suicidaires et d'automutilation quand ils sont engagés dans une activité sexuelle, et souvent un évitement de la sexualité pour ne pas souffrir de ces symptômes;⁵⁷ des traumas sexuels passés sont souvent à l'origine de cette symptomatologie, ce qui explique pourquoi il y a moins de troubles sexuels chez les patients borderlines sans antécédents d'abus sexuels.⁵⁸

CONCLUSION

Cet article aborde le problème du vécu sexuel et des troubles sexuels chez les patients atteints de troubles psychiatriques pour lesquels des données de la littérature scientifique sont disponibles. Pour d'autres syndromes, il n'y a pas, ou peu de données: des études sont souhaitables.

Les patients atteints d'un trouble psychiatrique et ceux traités par des psychotropes souffrent plus fréquemment de troubles sexuels et cela affecte leur qualité de vie, leur souffrance psychique ainsi que leur compliance médicamenteuse. Il est donc important que les praticiens aient des notions pour investiguer ce genre de troubles, et pour manier les psychotropes de manière à minimiser le risque d'effets secondaires sexuels.

Conflit d'intérêts: L'auteur n'a déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

STRATÉGIE DE RECHERCHE

Cet article propose une synthèse des articles cherchés dans la base de données Medline avec les mots-clés «mental disorders», «psychiatric disorders», «sexual disorders», «sexual dysfunction», «psychotropics», «antidepressants», «antipsychotics». Les troubles sexuels liés à l'utilisation d'une substance psychoactive n'ont pas été pris en compte en raison des normes rédactionnelles liées à la longueur de l'article.

IMPLICATIONS PRATIQUES

- Les troubles sexuels sont très fréquents et sous-estimés parmi les patients atteints d'un trouble psychiatrique. Les soignants devraient investiguer le vécu sexuel de leurs patients
- En cas d'effets secondaires sexuels dus à un antipsychotique, il faudra évaluer la possibilité de diminuer la dose, et éventuellement le remplacer par la quétiapine ou l'aripiprazole
- En cas d'effets secondaires sexuels dus à un antidépresseur, il faudra évaluer la possibilité de diminuer la dose et éventuellement le remplacer par l'agomélatine, le bupropion, le moclobémide, la trazodone, la réboxétine ou la mirtazapine

1 Laumann EO, Paik A, Rosen RC. Sexual dysfunction in the United States: Prevalence and predictors. *JAMA* 1999;281:537-44.

2 Zemishlany Z, Weizman A. The impact of mental illness on sexual dysfunction. In: Balon R, ed. *Sexual dysfunction. The brain-body connection*. Basel: Adv Psychosom Med, 2008;89-106.

3 ** Jonusiene G, Griffioen T. Psychiatric disorders and sexual dysfunctions. In: Kirana PS, Tripodi F, Reisman Y, Porst H, eds. *The EFS and ESSM syllabus of clinical sexuality: ESSM educational committee*. Amsterdam: Medix Publishers, 2013;380-927.

4 Marzani-Nissen G, Clayton A. Sexual disturbances in depression. In: Mous-saoui D, ed. *Depression, antidepressants, and sexual function*. WPA Bulletin on Depression 2004;9:3-6.

5 Angst J. Sexual problems in healthy and depressed persons. *Int Clin Psychopharmacol* 1998;13(Suppl. 6):S1-S4.

6 Mialon A, Berchtold A, Michaud PA, et al. Sexual dysfunctions among young men: Prevalence and associated factors. *J Adolesc Health* 2012;51:25-31.

7 Kelly DL, Conley RR. Sexuality and schizophrenia: A review. *Schizophr Bull* 2004;30:767-79.

8 ** Waldinger MD. Psychiatric disorders and sexual dysfunction. In: Vodusek DB, Boller F, eds. *Handb Clin Neurol* 2014;130:469-89.

9 Lyketsos GC, Sakka P, Mailis A. The sexual adjustment of chronic schizophrenics: A preliminary study. *Br J Psychiatry* 1983;143:376-82.

10 Akhtar S, Thomson JA. Schizophrenia and sexuality: A review and a report of twelve unusual cases. Part II. *J Clin Psychiatry* 1980;41:166-74.

11 Dickson RA, Glaser W. Development of a scale to assess sexual functioning. In: *Antipsychotic medication and sexuality*. Chicago: The 153rd Annual American Psychiatric Association Meeting, 2000;S34.

12 Malik P, Kemmler G, Hummer M, et al. Sexual dysfunction in first-episode schizophrenia patients results from European Schizophrenia First Episode Trial. *J Clin Psychopharmacol* 2011;3:274-80.

13 Bancroft J. Sexual arousal and response: The psychosomatic circle. In: Bancroft J, ed. *Human sexuality and its problems*. 3rd ed. Londres: Churchill Livingstone Elsevier, 2009.

14 Jacobs P, Bobek SC. Sexual needs of the schizophrenic client. *Perspect*

Psychiatr Care 1991;27:15-20.

15 Acuña MJ, Martín JC, Graciani M, et al. A comparative study of the sexual function of institutionalized patients with schizophrenia. *J Sex Med* 2010;7:3414-23.

16 Teusch L, Scherbaum N, Böhme H, et al. Different patterns of sexual dysfunctions associated with psychiatric disorders and psychopharmacological treatment. Results of an investigation by semistructured interview of schizophrenic and neurotic patients and methadone substituted opiate addicts. *Pharmacopsychiatry* 1995;28:84-92.

17 Sullivan G, Lukoff D. Sexual side effects of antipsychotic medication: Evaluation and interventions. *Hosp Community Psychiatry* 1990;41:1238-41.

18 Montejó AL. Prolactin awareness: An essential consideration for physical health in schizophrenia. *Eur Neuropsychopharmacol* 2008;18(Suppl. 2):S108-S114.

19 Cyranowski JM, Bomberger J, Youk A, et al. Lifetime depression history and sexual function in women at mid-life. *Arch Sex Behav* 2004;33:539-48.

20 Haddad PM, Sharma SG. Adverse effects of atypical antipsychotics: Differential risk and clinical implications. *CNS Drugs* 2007;21:911-36.

21 Gitlin MJ. Psychotropic medications and their effects on sexual function: Diagnosis, biology, and treatment approaches. *J Clin Psychiatry* 1994;55:406-13.

22 Costa AM, De Lima MS, Faria M, et al. A naturalistic, 9-month follow-up, comparing olanzapine and conventional antipsychotics on sexual function and hormonal profile for males with schizophrenia. *J Psychopharmacol* 2007;21:165-70.

23 Bobes J, Garc A-Portilla MP, Rejas J, et al. Frequency of sexual dysfunction and other reproductive side-effects in patients with schizophrenia treated with risperidone, olanzapine, quetiapine, or haloperidol: The results of the EIRE study. *J Sex Marital Ther* 2003;29:125-47.

24 Montejó AL, Riesgo Y, Luque J, Barber I. Observational, open-label, prospective multicenter study of sexual function in patients starting treatment with aripiprazole. *Actas Esp Psiquiatr* 2009;38:13-21.

25 Höschl C, Prasko J. Management of depressed patients with sexual dysfunction. In: Moussaoui D, ed. *Depression, antidepressants, and sexual function*.

WPA Bulletin on Depression 2004;9:11-4. 26 Kennedy SH, Dickens SE, Eisfeld BS, et al. Sexual dysfunction before antidepressant therapy in major depression. *J Affect Disord* 1999;56:201-8.

27 Casper RC, Redmond DE, Katz MM, et al. Somatic symptoms in primary affective disorder. Presence and relationship to the classification of depression. *Arch Gen Psychiatry* 1985;42:1098-104.

28 Quinta Gomes AL, Nobre P. Personality traits and psychopathology on male sexual dysfunctions: An empirical study. *J Sex Med* 2011;8:461-9.

29 Chen KC, Yang IK, Lee IH, et al. Sexual dysfunction and physician's perception in medicated patients with major depression in Taiwan. *Depress Anxiety* 2008;25:56-62.

30 Clayton AH, Pradko JF, Croft HA, et al. Prevalence of sexual dysfunction among newer antidepressants. *J Clin Psychiatry* 2002;63:357-66.

31 Montejó AL, Llorca G, Izquierdo JA, et al. Incidence of sexual dysfunction associated with antidepressant agents: A prospective multicenter study of 1022 outpatients. Spanish Working Group for the Study of Psychotropic-Related Sexual Dysfunction. *J Clin Psychiatry* 2011;72(Suppl. 3):10-21.

32 Waldinger MD. Use of psychoactive agents in the treatment of sexual dysfunction. *CNS Drugs* 1996;6:204-16.

33 Montejó AL, Majadas S. Sexual disturbances associated with antidepressant treatments. In: Moussaoui D, ed. *Depression, antidepressants, and sexual function*. WPA Bulletin on Depression 2004;9:7-10.

34 Baldwin D, Bridgman K, Buis C. Resolution of sexual dysfunction during double-blind treatment of major depression with reboxetine or paroxetine. *J Psychopharmacol* 2006;20:91-6.

35 Anderson HD, Pace WD, Libby AM, et al. Rates of 5 common antidepressant side effects among new adult and adolescent cases of depression: A retrospective US claims study. *Clin Ther* 2012;34:113-23.

36 Rascati K, Godley R, Pham H. Evaluation of resources used to treat adverse events of selective serotonin reuptake inhibitor use. *J Manag Care Pharm* 2001;7:402-6.

37 Gartlehner G, Hansen RA, Morgan LC, et al. Comparative benefits and harms of second-generation antidepressants for treating major depressive disorder. An updated meta-analysis. *Ann Intern Med* 2011;155:772-85.

38 Serretti A, Chiesa A. Treatment-emergent sexual dysfunction related to antidepressants: A meta-analysis. *J Clin Psychopharmacol* 2009;29:259-66.

39 Waldinger MD, Zwiderman AH, Schweitzer DH, Olivier B. Relevance of methodological design for the interpretation of efficacy of drug treatment of premature ejaculation: A systematic review and meta-analysis. *Int J Impot Res* 2004;16:369-81.

40 American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 5th ed. Washington DC: APA, 2013.

41 Kaplan HS. Anxiety and sexual dysfunction. *J Clin Psychiatry* 1988;49:21-5.

42 Figuiera J, Possidente E, Marques C,

et al. Sexual dysfunction: A neglected complication of panic disorder and social phobias. *Arch Sex Behav* 2001;30:369-77.

43 Bodinger L, Hermesh H, Aizenberg D, et al. Sexual function and behavior in social phobia. *J Clin Psychiatry* 2002;63:874-9.

44 Aksoy UM, Aksoy SG, Maner F. Sexual dysfunction in obsessive compulsive disorder and panic disorder. *Psychiatr Danub* 2012;24:381-5.

45 Moser DA, Aue T, Suardi F, et al. Violence-related PTSD and neural activation when seeing emotionally charged male-female interactions. *Soc Cogn Affect Neurosci* 2015;10:645-53.

46 Letourneau EJ, Schewe PA, Frueh BC. Preliminary evaluation of sexual problems in combat veterans with PTSD. *J Traum Stress* 1997;10:125-32.

47 Kotler M, Cohen H, Aizenberg D, et al. Sexual dysfunction in male post-traumatic stress disorder patients. *Psychother Psychosom* 2000;69:309-15.

48 Muñoz P, González Torres MA. Organic personality disorder: Response to carbamazepine. *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines* 1997;25:197-200.

49 Montejó AL, Llorca G, Izquierdo JA, et al. SSRI-induced sexual dysfunction: Fluoxetine, paroxetine, sertraline, and fluvoxamine in a prospective, multicenter, and descriptive clinical study of 344 patients. *J Sex Marital Ther* 1997;23:176-94.

50 Raboch J, Faltus F. Sexuality of women with anorexia nervosa. *Acta Psychiatr Scand* 1991;84:9-11.

51 Balon R. Medication and sexual function and dysfunction. In: Balon R, Segraves RT, eds. *Clinical manual of sexual disorders*. Arlington: American Psychiatric Publishing, 2009;95-115.

52 The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders: Diagnostic criteria for research (internet). Geneva: World Health Organization, 1992.

53 Gorton G, Akhtar S. The literature of personality disorders, 1985-88: Trends, issues and controversies. *Hosp Community Psychiatry* 1990;41:39-51.

54 Apt C, Hulbert DF. The sexual attitudes, behavior, and relationships of women with histrionic personality disorder. *J Sex Marital Ther* 1994;20:125-33.

55 Bandini E, Corona G, Ricca V, et al. Hysterical traits are not from the uterus but from the testis: A study in men with sexual dysfunction. *J Sex Med* 2009;6:2321-31.

56 Sansone RA, Chu JW, Wiederman MW. Sexual behavior and borderline personality disorder among female psychiatric inpatients. *Int J Psychiatry Clin Pract* 2011;15:69-73.

57 Zanarini MC, Parachini EA, Frankenburg FR, et al. Sexual relationship difficulties among borderline patients and axis II comparison subjects. *J Nerv Ment Dis* 2003;191:479-82.

58 Schulte-Herbrüggen O, Alhers CJ, Kronsbein JM, et al. Impaired sexual function in patients with borderline personality disorder is determined by history of sexual abuse. *J Sex Med* 2009;6:3356-63.

* à lire

** à lire absolument