

# PSYCHOPATHOLOGIE, ALIMENTATION ET SEXUALITÉ

L'alimentation et la sexualité entretiennent des liens de réciprocité principalement indirects tant dans les premiers stades de développement psychosexuels de l'individu que dans des mécanismes physiologiques ou physiopathologiques. Dans cet article, nous passerons en revue ces interrelations en essayant d'y apporter un éclairage nuancé et clinique.

Par Martin Desseilles et Philippe Kempeneers

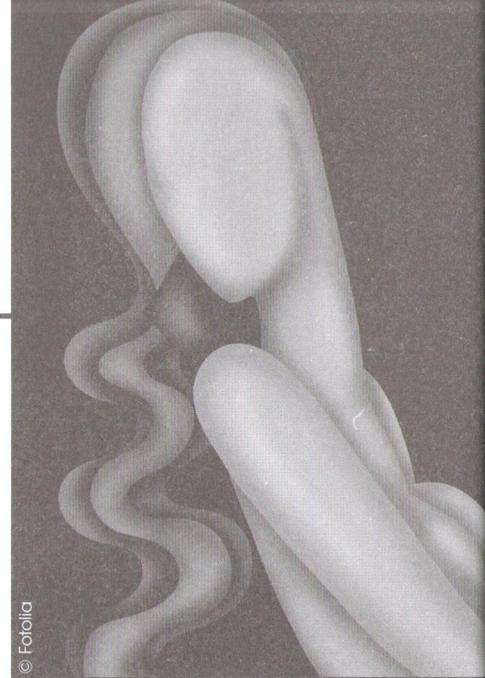


## LES REPRÉSENTATIONS DE LA SEXUALITÉ AU CŒUR DE L'ALIMENTATION

Lorsqu'il vient au monde, le « petit d'homme » tête sa mère pour s'alimenter. Outre le besoin physiologique d'alimentation à satisfaire, un autre besoin, affectif cette fois, va progressivement naître et se manifester très



concrètement par l'augmentation du temps des tétées, bien au-delà de ce qui est nécessaire pour s'alimenter. Ce comportement de plus grande oralité se poursuit durant la première année de vie et constitue, pour la perspective freudienne, le stade oral de développement psychosexuel



de l'individu. Il correspond à une manière de découvrir le monde environnant, à une mise en contact de l'environnement par le tube digestif, la bouche en représentant une extrémité. Ainsi, dès que nous naissons, il nous faut intriquer différents aspects des pulsions, d'abord avaler, puis téter et ensuite mordre. Cette intrication, que reconnaissent bien les mères qui allaitent, nécessite un certain discernement de l'enfant quant à l'objet qu'il choisit de téter ou de mordre. Pour Abraham (1924) la morsure et ses déclinaisons font partie de ce qu'il nomme le « second stade oral ». Ce stade annonce la dévoration et la disparition de l'objet externe, nécessaire à son internalisation dans un second temps, en vue d'un développement psychique équilibré. Ainsi, à un certain stade,

pour le « petit d'homme », ce qui est porté à la bouche l'est pour être mangé et l'acte de s'embrasser sera pris pour une intention de dévorer s'il ne s'accompagne pas d'explications langagières de l'acte affectif.

Rapidement, les représentations du sexe de l'homme et de la femme donneront lieu à des fantasmes qui ne seront adéquatement gérés que lorsqu'une saine et progressive confrontation à la réalité aura lieu. Reconnaisant les représentations primitives du sexe féminin et masculin, l'enfant généralisera rapidement leurs schématisations dans les choses et objets naturels ou artificiels. Ainsi, l'alimentation n'échappe pas à cette représentation signifiante de la sexualité. En témoignent par exemple les expressions populaires (« brouter le minou », « s'en taper une bonne tranche », etc.) qui soulignent avec une certaine « saveur » la polysémie du signifiant, image ou mot. Le corps et le sexe peuvent ainsi être pris comme aliments au niveau langagier ; par exemple, la prune, les miches, les pastèques, etc. Inversement, les aliments peuvent être pris comme des sexes ; par exemple la banane, le saucisson, les fruits de la passion, etc.

Notons qu'à l'âge adulte, lors de régressions – conscientes ou pas –, les pulsions orales peuvent venir satisfaire un besoin alimentaire et affectif, comme à l'époque des premiers mois du nourrisson. C'est le cas notamment lors des préliminaires

érotiques, mais aussi, d'un point de vue pathologique lors d'une décompensation psychotique, tel que cela a été proposé par Melanie Klein (1930), laquelle cherchait à expliquer les psychoses par des fixations orales.

## DES LIENS DE RÉCIPROCITÉ ENTRE ALIMENTATION ET SEXUALITÉ

L'alimentation et la sexualité entretiennent des liens de réciprocité à différents niveaux. Classiquement on les modélisera selon l'impact direct ou indirect et le type régulation qu'elles exercent l'une sur l'autre. Nous utiliserons dans cet article le terme « alimentation » pour désigner toute ingestion de substances solides ou liquides, certaines éventuellement à doses considérées comme pathologiques, comme c'est par exemple le cas dans l'alcoolisme.

### *Envisagons tout d'abord les liens allant de l'alimentation vers la sexualité.*

- **Premièrement**, la prise d'aliments peut « augmenter » la sexualité. Il s'agit du champ des *aphrodisiaques*, c'est-à-dire des substances ingérées qui vont augmenter le désir, les capacités sexuelles ou, à tout le moins, la perception que l'on en a, notamment du fait de représentations liées à une certaine forme de puissance sexuelle. Ainsi, certains aliments supposés agir sur le volume testiculaire, sur le taux de testostérone ou sur la quantité et la qualité du sperme sont fréquemment

associés, dans l'imaginaire populaire, à une action dite aphrodisiaque. Cependant, aucune de ces substances n'a d'effet direct (réel) sur la puissance sexuelle des individus car ce n'est ni la qualité du sperme qui détermine la qualité d'un orgasme ni la quantité de testostérone qui détermine la libido individuelle (Travisonet al., 2006).

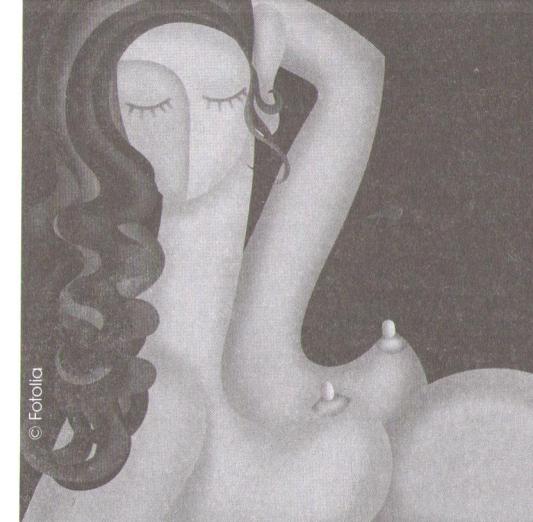
Quant aux substances pro-érectives, comme le sildénafil, le tadalafil ou le vardénafil, elles n'ont aucun effet direct sur le désir. Elles ne font qu'améliorer la réactivité érectile en cas de stimulation sexuelle. Toutefois, en engendrant un regain de confiance en soi, leur absorption peut avoir un impact positif indirect sur la libido. Notons pour la petite histoire que certains restaurants ont proposé de mélanger Viagra et aliments, estompant de cette manière la frontière virtuelle entre produits pharmaceutiques et aliments aphrodisiaques<sup>1</sup>.

• **Deuxièmement**, la prise de substances peut « diminuer » la sexualité. Il s'agit du champ des inhibiteurs sexuels, agissant tantôt sur le désir, tantôt sur la rigidité des érections, leur durée, tantôt sur la latence des orgasmes, tantôt encore sur l'ensemble de ces paramètres. Ces substances peuvent être des médicaments dont l'effet sexo-inhibiteur est secondaire à une indication d'une autre nature en médecine allopathique. C'est le cas par exemple

des inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine. La « diminution » de la sexualité qui leur est souvent associée peut s'avérer tout à fait désirable lorsqu'elle s'adresse à une population qui présente des traits d'hypersexualité, en particulier – mais pas seulement – lorsque cette hypersexualité s'exprime par une rapidité excessive de l'éjaculation qui empêche l'homme de soutenir des coïts d'une durée qui lui soit agréable et désirée. Ainsi, chez les personnes souffrant d'éjaculation précoce, un traitement médicamenteux peut se révéler une option séduisante, surtout lorsque des alternatives sexothérapeutiques n'ont pas donné de résultats satisfaisants (Kempeneers et al., sous presse). Si cet effet sexo-inhibiteur secondaire peut s'avérer une indication primaire dans le cas spécifique de l'éjaculation précoce, il faut toutefois noter qu'il n'est habituellement pas souhaité par la majorité de la population utilisatrice de ces molécules. Une diminution de performances sexuelles peut par exemple n'être guère appréciée lorsqu'on les utilise principalement pour leur effet antidépresseur. Tout en améliorant la libido éventuellement moribonde de la personne déprimée, le traitement peut aussi ne pas lui permettre de recouvrer les avantages de son amélioration symptomatique. Dans le cas des médicaments, une notice décrira leur impact potentiel sur la sexualité. Observons toutefois que les perturbations du désir sexuel peuvent aussi amplement dépendre

d'une suggestion, à telle enseigne que cet effet secondaire pourrait très bien apparaître de manière non spécifique sur de nombreuses notices médicamenteuses, au même titre que les céphalées ou la fatigue.

Les inhibiteurs de la sexualité peuvent également être liés directement à la qualité voire à la combinaison entre la qualité et la quantité des aliments pris par l'individu. Un exemple classique est celui de la consommation de graisses saturées, laquelle peut avoir un impact indirect sur la libido via une influence tant psychique que physique. L'influence psychique se manifeste par le truchement d'une modulation de l'humeur induite par des graisses polysaturées en surnombre (Desseilles et al., 2012a ; Sánchez-Villegas et al., 2011). Ceci serait valable également pour la consommation excessive de sucres et de protéines animales. L'influence physique se manifeste par une moins bonne qualité des tissus mais surtout un impact sur la vascularisation, ce qui conduit indirectement à une diminution potentielle des performances sexuelles pour des raisons structurelles. La diminution de l'érection est d'ailleurs en clinique un signe d'appel potentiel d'une vasculopathie périphérique, elle ne représente alors que la pointe de l'iceberg d'une atteinte globale du système cardiovasculaire (Miner et al., 2014). Un mode de vie qui amène à une alimentation trop riche en sucre, en

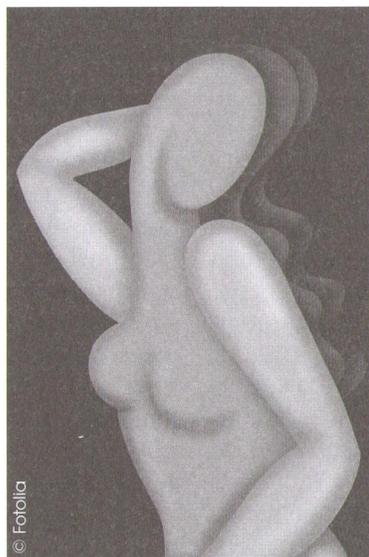


graisses ou en protéines devient un terreau fertile pour le développement de tels troubles cardiovasculaires, avec leurs répercussions sur le fonctionnement sexuel. Evidemment, bien qu'il s'agisse également de substances ingérées, tous ces aliments ne s'accompagnent pas de « notices », telles celles qui doivent obligatoirement accompagner les médicaments. Pour autant, leurs effets biologiques sur la sexualité – comme d'ailleurs sur d'autres facteurs qui dépassent le cadre strict de cet article – sont bien réels.

• **Troisièmement**, la privation d'aliments peut « diminuer » la sexualité. Il s'agit du champ des carences alimentaires de base pouvant s'accompagner d'une diminution de libido via un impact sur le psychisme ou sur les structures physiques corporelles. Ainsi une carence protéique grave aura certainement un impact sur les capacités reproductives. Une carence vitaminique pourra également avoir un impact sur la libido. Dès lors, devant

un trouble de la libido, le clinicien veillera à exclure les causes évidentes, incluant les mauvaises habitudes alimentaires inductrices de carence.

• **Quatrièmement**, la privation d'aliments peut augmenter la sexualité. D'abord en évitant les excès, la privation peut être vue comme une orthodoxie alimentaire susceptible d'augmenter la durée et la qualité de la vie (Heilbronn et al., 2003). La restriction peut en outre stimuler les circuits dopaminergiques (Cone et al., 2014) impliqués dans le système de récompense, et la motivation du sujet à rechercher des gratifications sexuelles peut s'en trouver accrue. Par ailleurs, la privation alimentaire associée à des pratiques méditatives – telles celles qu'on trouve dans les traditions tantriques – peut aussi conduire à une augmentation de la sexualité via un contrôle accru de ses réactions physiologiques. Notons à ce propos que les cures hydro-climatiques ont été un des premiers traitements physiques des troubles de la santé mentale. Ces cures associaient une convalescence et un environnement propice à cette convalescence tant



pour ses ressources naturelles (e.g. sources naturelles, cures thermales...) que pour ses services (e.g. logement, diététique, distractions...), et elles agissaient entre autre via un repos mental et physique découlant d'une interruption des activités et des préoccupations professionnelles et par des distractions saines et des régimes adaptés (Desseilles et al., 2013). Notons que la chirurgie de réduction gastrique visant à la restriction alimentaire dans le cadre d'une obésité sévère conduit également à un mieux-être psychique incluant une meilleure vie sexuelle (Peace et al., 1989). L'image de soi, l'estime de soi et les interactions sociales jouent probablement ici un rôle médiateur dans l'impact que peut avoir la restriction alimentaire sur la sexualité.

*Envisageons ensuite les liens allant de la sexualité vers l'alimentation*

D'un point de vue général, notons que le genre et l'orientation sexuelle vont culturellement diriger l'individu à manger certains types d'aliments, en une certaine quantité et dans certaines circonstances. En effet, par le jeu de représentations cognitives partagées, la culture véhicule des

normes alimentaires variables en fonction du sexe de l'individu. Dans notre société, songeons par exemple à une certaine valorisation virile de comportements hyperphagiques et à son contraire, la valorisation du régime chez les femmes.

La sexualité peut « augmenter » la prise alimentaire. Ceci peut être dû à un effet de dépense physique, illustré par le sportif à qui l'exercice ouvre l'appétit. Cela peut se devoir aussi à un effet d'activation comportementale, réputé exercer un impact positif sur l'humeur de l'individu, et le motiver dès lors à la recherche de plaisirs, notamment alimentaires. La sexualité peut également « diminuer » la prise alimentaire par un effet anorexiant, ce que résume la psychologie populaire dans l'expression « vivre d'amour et d'eau fraîche ».

Enfin, une carence d'activité sexuelle peut conduire à une anxiété susceptible, selon le modèle analytique freudien, d'avoir un impact sur les comportements alimentaires. Selon ce modèle l'anxiété risque effectivement d'accroître les comportements oraux à visée de rassurance ou substitutive et par là-même la consommation d'aliments.

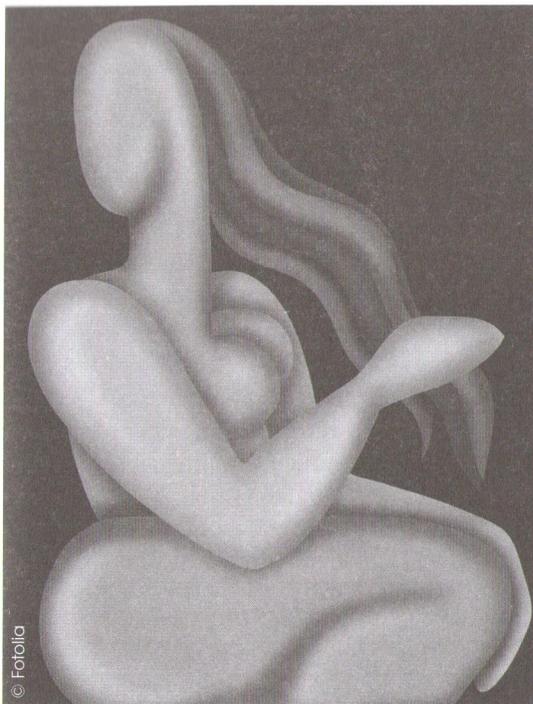
**LES ATTEINTES CONCOMITANTES DE LA SEXUALITÉ À TRAVERS LA PATHOLOGIE PHYSIQUE ET PSYCHIQUE**

Notons que certaines pathologies, qu'elles soient physiques ou psy-

chiques, peuvent avoir un impact sur l'alimentation et la sexualité.

Certaines pathologies physiques centrales comme, par exemple, l'atteinte large du lobe temporal décrite par Klüver et Bucy chez le singe rhésus, mais dont l'équivalent est décrit chez l'homme, résulte d'une atteinte des amygdales, structures cérébrales impliquées dans le traitement de l'information émotionnelle. Ces lésions donnent classiquement lieu à hyperphagie – c'est-à-dire une augmentation de la consommation alimentaire – et une hypersexualité (King, 2006 ; Devinsky et al., 2010). Il est classique également d'observer un défaut d'inhibition de multiples comportements – entre autres alimentaires et sexuels – chez les personnes atteintes de lésions frontales. Les affections endocrinologiques ne vont pas sans répercussions combinées sur les comportements sexuels et alimentaires. Par exemple, dans le cas de l'hypothyroïdie, on pourra observer une augmentation du poids et une diminution de la libido, et l'inverse en cas d'hyperthyroïdie.

Les pathologies psychiques, telles que l'anorexie mentale, la dépression ou la privation de sommeil, peuvent conduire à des troubles alimentaires et des troubles de la sexualité. L'anorexie mentale s'accompagne d'une privation d'aliments (par définition), d'un amaigrissement et, très souvent, d'une aménorrhée, c'est-à-dire une absence de menstruation signant une mise au



amis (Desseilles, 2012a). Il s'agit ici d'une métaphore satirique de l'alimentation, figure ambivalente en tant qu'elle est à la fois indispensable à la vie mais comporte un danger mortel. Figure ambivalente également d'une alimentation d'une part asexuée (au sein de la mère au début de la vie) et d'autre part hypersexuée (dans les jeux culinaires dans lesquels les protagonistes choisissent de finir leur existence).

Enfin, le manque de sommeil et la privation de sommeil, en particulier du sommeil paradoxal, peuvent s'accompagner d'un état hyperdopaminergique d'allure hypomaniaque (Desseilles et al., 2012b). Cet état s'accompagne souvent d'une augmentation des prises alimentaires et de l'intérêt sexuel. De plus, notons que le syndrome d'apnée du sommeil, trouble extrêmement fréquent, particulièrement chez les personnes présentant une obésité, est fréquemment associé à une diminution de libido sans doute due à une diminution de la testostérone durant la nuit (Luboshitzky et al., 2002). Cet effet ne peut toutefois pas être complètement isolé de l'effet du poids et de l'âge sur la diminution de testostérone.

**En conclusion**, nous venons de voir que les représentations de la sexualité sont au cœur de l'alimentation et qu'il existe des liens de réciprocité entre alimentation et sexualité d'un point de vue physiologique et physiopatho-

logique. Nous avons également suggéré que l'alimentation prise dans un cadre thérapeutique propice au repos et aux soins (physiques et psychiques) peut contribuer à un mieux-être dont la sexualité fait partie.

1. Voir l'article dans « The Telegraph », du 21 octobre 2009 - Restaurant offers "Viagra Soup" \*, <http://www.telegraph.co.uk/foodanddrink/foodanddrinknews/6390728/Restaurant-offers-Viagra-Soup.html>

**MARTIN DESSEILLES**

Professeur de psychologie, MD, MSc, PhD.  
Université de Namur, Département de psychologie, Namur.  
Clinique psychiatrique des Frères Alexiens, Henri-Chapelle.

**PHILIPPE KEMPEERS**

Psychologue clinicien, sexologue, MSc, MA.  
2 Clinique psychiatrique des Frères Alexiens, Henri-Chapelle.  
3 Université de Liège, Département des sciences de la santé publique, Liège.

**RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES**

- Abraham, K. (1924), « *Esquisse d'une histoire du développement de la libido* », Œuvres complètes, Paris, Payot, 1966.
- Cone, J. J., McCutcheon, J. E., Roitman, M. F. (2014), « Ghrelin acts as an interface between physiological state and phasic dopamine signaling. *J Neurosci* », 34(14):4905-13. doi: 10.1523/JNeurosci.4404-13.2014.
- Devinsky, J., Sacks, O., Devinsky, O. (2010), « Kluver-Bucy syndrome, hypersexuality, and the law. *Neurocase* », 16(2):140-5. doi: 10.1080/13554790903329182.
- Desseilles F., Mikolajczak G., Desseilles M. (2012a), « *Suicide et alimentation : approche biopsychosociale.* », Santé Mentale au Québec. 37(2): pp. 65-94.
- Desseilles, M., Mikolajczak, G., Schwartz, S. (2012b),

- « *Sommeil, rêves et régulation des émotions* », dans « *Traité de régulation des émotions* » (éditeurs : Mikolajczak, M. & Desseilles, M.), De Boeck, Bruxelles.
- Desseilles, M., Duclos, C., Flohimont, V. & Desseilles, F. (2013), « *Is there a role for "climatotherapy" in the sustainable development of mental health?* », Behavioral and Brain Sciences, 36, 5, p. 23-24.
- Heilbronn, L. K., Ravussin, E. (2003), « *Calorie restriction and aging: review of the literature and implications for studies in human* », American journal of clinical nutrition, vol. 78(3), pp. 361-369.
- Kempeneers, P., Andrianne, R., Lequeux, A. & Blairy, S. (Sous presse), « *L'éjaculation précoce : une revue de questions* », Revue francophone de Clinique comportementale et cognitive, Sous presse. <http://hdl.handle.net/2268/163736>
- King, B.M. (2006), « *Amygdaloid lesion-induced obesity: relation to sexual behavior, olfaction, and the ventromedial hypothalamus* », Am J Physiol Regul Integr Comp Physiol, 291(5):R1201-14.
- Klein, M. (1930), « *L'importance de la formation du symbole dans le développement du Moi* », Essais de Psychanalyse, Paris, 1967, p. 263-278.
- Luboshitzky R., Aviv A., Hefetz A., Herer P., Shen-Orr Z., Lavie L., Lavie P. (2002), « *Decreased pituitary-gonadal secretion in men with obstructive sleep apnea* », J Clin Endocrinol Metab., 87(7):3394-8.
- Miner M., Nehra A., Jackson G., Bhasin S., Billups K., Burnett A.L., Buvat J., Carson C., Cunningham G., Ganz P., Goldstein I., Guay A., Hackett G., Kloner R.A., Kostis J.B., LaFlamme K.E., Montorsi P., Ramsey M., Rosen R., Sadovsky R., Seftel A., Shabsigh R., Vlachopoulos C., Wu F. (2014), « *All men with vasculogenic erectile dysfunction require a cardiovascular workup* », Am J Med. 2014 mar, 127(3):174-82, doi: 10.1016/j.amjmed.2013.10.013.
- Peace K., Dyne J., Russell G., Stewart R. (1989), « *Psychobiological effects of gastric restriction surgery for morbid obesity* », N. Z. Med J., 102(862):76-8.
- Sánchez-Villegas, A., Verberne, L., De Irala, J. (2011), « *Dietary fat intake and risk of depression: the SUN Project* », PLoS One, 6(1):e16268.
- Travison, T.G., Morley, J.E., Araujo, A.B., O'Donnell, A.B., McKinlay, J.B. (2006), « *The relationship between libido and testosterone levels in aging men* », J Clin Endocrinol Metab, 91(7):2509-13.