



G. CORRETTI, S. PIERUCCI,
C. NISITA, G.B. CASSANO

Symptômes hystérisiformes et troubles sexuels : étude sur 175 patients consultant en sexologie

Depuis des siècles l'hystérie a été associée aux dysfonctionnements sexuels. La première mention de l'hystérie et des symptômes hystériques remonte à 1990 avant J.-C en Égypte ancienne (1). Elle décrit des signes psychiques et somatiques chez la femme attribués aux mouvements de l'utérus. Plusieurs siècles plus tard, Platon (2), Aristote (3) et Hippocrate (4,5) voyaient une relation entre ces symptômes et les fonctions sexuelles, et Galien (II^e siècle après J.-C) (6,7) a établi un lien direct entre l'hystérie, le plaisir et la satisfaction sexuels. Au XIX^e siècle, Charcot (8) et Freud (9-12) ont lié l'hystérie et le comportement névrotique aux phases, fonctions et perversions sexuelles. Dans la quatrième version du DSM (13), l'hystérie ayant perdu son indépendance nosographique est divisée en plusieurs signes et symptômes, puis rassemblée dans différentes entités diagnostiques de l'axe 1 ; troubles de la somatisation, troubles de la conversion, ou alors troubles douloureux. D'autres aspects hystériques sont intégrés dans les dysfonctionnements anxieux tels que l'angoisse généralisée ou la panique, ou dans les dysfonctionnements de l'axe II (état limite, narcissique, histrionique, antisocial).

Bien que l'on trouve dans la littérature des hypothèses qui rapprochent l'hystérie de la frigidité (14), de nouvelles études (15) menées sur les femmes souffrant de dysfonctionnements ou d'une

douleur sexuelle révèlent des scores élevés d'hystérie chez ces patientes, suggérant que le symptôme sexuel pourrait être en fait la conversion d'un symptôme psychique. D'autres auteurs (16) ont suggéré que certains symptômes hystériques pourraient s'appliquer à l'homme et sa sexualité en réduisant son désir sexuel. Le premier objectif de notre étude était d'estimer la fréquence des symptômes assimilés à l'hystérie dans une population de patients sexologiques. Le deuxième objectif était d'évaluer le lien entre diagnostic sexuel, diagnostic psychiatrique de l'axe 1 et symptômes assimilés à l'hystérie.

Matériel et méthodologie

Il s'agit d'une étude rétrospective de rapports cliniques portant sur 175 patients consécutifs en ambulatoire, des hommes et des femmes, référés à une clinique de sexologie. On disposait pour l'ensemble des 175 patients d'informations démographiques, de leurs antécédents médicaux et sexuels, d'informations sur le tabagisme, l'usage de drogue et d'alcool, des profils sanguins et hormonaux et de chaque diagnostic SCID (Entretien clinique structuré pour des dysfonctionnements de l'Axe 1 du DSM-IV). L'éva-

luation SCID initiale a été effectuée par un psychiatre expérimenté.

À partir de l'examen des rapports cliniques, nous avons tenu compte de huit symptômes assimilés à l'hystérie dans le courant de la vie :

- symptômes assimilés neurologiques (NL) ;
- la douleur (P) ;
- symptômes somatiques fonctionnels (FS) ;
- symptômes gastro-intestinaux (GE) ;
- épisodes clastiques (C) ;
- attitude théâtrale (T) ;
- hypersensibilité interpersonnelle (HI) ;
- symptômes dissociatifs (D).

Les déficiences ou symptômes suggérant une maladie neurologique, outre la douleur (trouble de la coordination, étourdissements, vertiges, affaiblissement musculaire localisé, tremblements, malaises, paresthésies, maladie sensorielle, crises) étaient codifiés par assimilation à des symptômes neurologiques (N). La douleur (P) faisait référence à toutes sortes de douleurs en l'absence d'une relation de cause à effet avec l'état de santé du patient (ou dans le cas d'un résultat négatif, après un examen spécifique).

Les symptômes fonctionnels somatiques (FS) font référence aux symptômes dermatologiques, neurovégétatifs et urinaires. Les symptômes gastro-intestinaux (GE) étaient des symptômes intestinaux, tels que des brûlures épigastriques, des nausées, une dyspepsie, un ballonnement, une diarrhée, etc. Par épisode clastique (C), on entend un comportement agressif avec des agressions physiques sur des personnes ou des objets. Une attitude théâtrale (T) était caractérisée par des mimiques et un gestuel exagérés, du maniérisme ou un comportement manipulateur, ainsi qu'une tendance à dramatiser avec excès. Une hypersensibilité interpersonnelle (HI) indiquait une forte sensibilité à la critique, le jugement et le refus. Les symptômes dissociatifs (D) étaient des signes de perturbation de la conscience, la mémoire, l'identité ou la perception d'un environnement.

Ces données ont été enregistrées pour la première fois sur un rapport de notes, puis dans une base de données électronique.

Nous avons analysé les données à l'aide de SPSS: *Le Student T-test* a été utilisé pour les variables continues et le Khi-carré pour les variables par classe.

Résultats

La population était composée à 85,1 % de sujets mâles. L'âge moyen était de 41,92+13,05 ans; 53,2% des sujets étaient mariés (Tableau 1/voir version anglaise). La comorbidité avec un dysfonctionnement psychiatrique de l'axe I existait chez 74,9 % des patients, avec un pourcentage élevé de troubles de l'humeur et de l'anxiété, révélés respectivement dans 46,9 et 45,1 % de la population totale (Tableau 2/voir version anglaise). Concernant les troubles sexuels, presque toute la population souffrait de dysfonctionnements sexuels, surtout de troubles de l'excitation sexuelle (la plus forte prévalence : 58,3%), suivis de troubles du désir et de l'orgasme (Tableau 3/voir version anglaise). Les symptômes assimilés à l'hystérie sont décrits dans le tableau 4.

En comparant les variables concernant la présence ou l'absence de symptomatologie hystérique accompagnée de symptômes sexuels, nous avons remarqué une corrélation significative entre T et les troubles d'hypoactivité sexuelle ($p < 0,05$). T présentait également une corrélation statistique avec une dysphorie de genre ($p < 0,001$), mais en reflétant la faible prévalence de ce dysfonctionnement dans la population totale (3 cas). Le lien entre GE et GID (dysphorie de genre) peut être considéré de la même façon ($p < 0,05$). Malgré un manque de prévalence de la paraphilie (8 cas), cette variable semble présenter une corrélation statistique à D ($p < 0,001$). HI était corrélé à l'absence d'orgasme chez la femme ($p < 0,05$), alors que P présentait une corrélation significative à la dyspareunie ($p < 0,05$). Aucune corrélation significative n'a été trouvée entre FS et NL et un trouble sexuel de quelque type que ce soit.

Les symptômes assimilés à l'hystérie semblaient être fortement représentés dans les troubles psychiatriques de l'axe 1, avec des corrélations statistiques significatives entre NL et le trouble panique ($p < 0,01$) et les troubles obsessionnels compulsifs ($p < 0,05$), FS et les troubles de l'axe 1 en général ($p < 0,001$) et la panique ($p < 0,01$). De la même façon, GE était lié aux troubles de l'axe 1 en général ($p < 0,01$), aux troubles bipolaires de type 1 ($p < 0,05$) et de type II ($p < 0,05$), à

la phobie sociale ($p < 0,01$).

(C) était vraiment fréquent dans les troubles bipolaires de type II ($p < 0,001$) la dysmorphie corporelle ($p < 0,05$). D'autre part, T était corrélé aux troubles de l'axe I ($p < 0,05$), aux troubles bipolaires de type II ($p < 0,001$) et à la panique ($p < 0,05$). HI était fortement corrélé aux troubles de l'axe I en général ($p < 0,001$) ainsi qu'à plusieurs entités de diagnostics spécifiques telles que les troubles bipolaires de type II ($p < 0,01$), la phobie des contacts sociaux ($p < 0,001$), les troubles obsessionnels compulsifs ($p < 0,05$), l'anxiété généralisée ($p < 0,05$) et l'usage de drogues ($p < 0,001$) ; de la même façon, D présentait des données significatives par rapport au trouble obsessionnel compulsif ($p < 0,05$), la dysmorphie corporelle ($p < 0,05$) et les troubles de l'humeur en général : troubles unipolaires ($p < 0,05$), troubles bipolaires de type I ($p < 0,05$) et de type II ($p < 0,05$).

Discussion

Notre population était à forte dominante masculine: ces données étaient probablement influencées par certains aspects culturels de la sexualité. En effet, certaines personnes n'étaient pas à l'aise pour parler de leur vie sexuelle avec un médecin de sexe opposé, et les médecins dans notre clinique sont tous des hommes. Ces données peuvent avoir été influencées par des facteurs psychosociaux : au XXI^e siècle, les femmes hésitent toujours à parler de sexe, alors que les hommes sont moins inhibés. Ces tabous sont exacerbés lorsque le médecin est un homme. Par contre, certaines femmes peuvent parler d'un problème sexuel à leur gynécologue, car il joue le rôle de confident pour les troubles de la région génitale.

La prévalence de la comorbidité entre les troubles sexuels et psychiatriques est bien connue (17,18); dans notre étude, la prévalence de troubles psychiatriques de l'axe I chez les patients souffrant de troubles sexuels était de 74,9 %. Ce chiffre démontre le lien très étroit entre le sexe et les activités du cerveau. D'autre part, notre clinique de santé sexuelle fait partie du département de Psychiatrie, ce qui pourrait peut-être nous amener à surestimer la comorbidité réelle.

Nos données semblent démontrer un lien

étroit entre les premières étapes de la réponse sexuelle chez l'être humain, soit le désir sexuel et le théâtralisme. Quelquefois des sentiments d'inadéquation et d'impuissance deviennent si intolérables et inacceptables que nous sommes amenés à nous échapper vers l'auto-identification ; chez ces patients, les constructions psychiques prennent l'apparence de *Pseudologia Phantastic*. Leur tendance à transformer les réalités de la vie en idées grandioses explique leur sentiment "d'impuissance" face au partenaire sexuel, et face à la vie sexuelle en général. Cette attitude émotionnelle peut amoindrir leurs pulsions sexuelles et les amener à éviter toute relation sexuelle. De cette façon, l'hypoactivité sexuelle peut être une expression secondaire de théâtralisme.

La corrélation significative entre une hypersensibilité interpersonnelle et l'anorgasmie chez la femme peut être perçue comme étant la conversion de troubles psychologiques ou malaises en symptômes sexuels. La douleur ou la dyspareunie peuvent être liées à un seuil de douleur bas chez ces patientes. Par contre, nous pouvons imaginer que ce type de patient présente une tolérance faible à la douleur en général.

Nos données sur les symptômes disso-

ciatifs et la paraphilie semblent confirmer que ce comportement déviant pourrait être inclus dans l'*Obsessive Spectrum de Hollander* (19,20) : pendant les attitudes paraphiliques, les patients présentent une perturbation des fonctions de la conscience, comme on peut le voir dans les troubles dissociatifs.

Le lien entre T et la dysphorie de genre peut être compris comme étant une tendance, et plusieurs études peuvent confirmer ce maniérisme, les manières et comportements féminins excessifs sont toujours très fréquents chez les transsexuels.

Malgré la faible prévalence de GID, nos données semblent confirmer une grande fréquence de troubles de l'alimentation chez les transsexuels (21) : des symptômes gastro-intestinaux peuvent être liés à des habitudes alimentaires anormales chez ces patients.

Conclusion

Pour conclure, nos données semblent indiquer :

- un lien étroit entre les symptômes hystériformes et les dysfonctionnements sexuels ;
- théâtralisme et hypersensibilité inter-

personnelle semblent être les dimensions les plus étroitement liées aux dysfonctionnements sexuels. Ces dimensions représentent le "caractère hystérique" typique, et peuvent perturber le cycle de la réponse sexuelle (désir sexuel et excitation dans les deux sexes, l'orgasme chez la femme) dans trois différentes phases chronologiques :

- la personnalité hystérique peut être un facteur prédisposant à un dysfonctionnement sexuel primitif ;
- les attitudes et comportements hystériformes peuvent apparaître en même temps que le dysfonctionnement sexuel : les deux troubles peuvent avoir la même origine ;
- les troubles sexuels déclenchent ou aggravent les symptômes hystériformes.

Remerciements

tout spécialement à Bettini A. et Basile Fasolo C. pour toute leur aide.

G. Corretti*, S. Pierucci**,
C. Nisita**, G.B. Cassano**

*Hopital Versilia,
département de Psychiatrie, Italie.

**Université de Pise,
département de Psychiatrie,
Neurobiologie, Pharmacologie
et Biotechnologie.

<gcorretti@yahoo.it>

Voyage SFSC et AIHUS

du 10 au 15 juillet 2005

17^e Congrès Mondial de Sexologie

VOTRE SÉJOUR À MONTRÉAL

Séjour 8 jours 17^e Congrès Mondial de Sexologie, Montréal,
du samedi 9 au dimanche 17 juillet 2005.

→ Prix nets par personne logée en chambre double : 1520 € (Paris/Paris).

Séjour 15 jours 17^e Congrès Mondial de Sexologie, Montréal,
et circuit Canada en post-congrès,
du samedi 9 au samedi 23 juillet 2005.

→ Prix nets par personne logée en chambre double : 2600 € (Paris/Paris).

→ Supplément chambre individuelle durant le circuit : 275 €

R. Events

Société Événement, Communication Médicale
17, rue de Seine, 92100 Boulogne
Tél. : 01 49 10 38 70 – Fax : 01 49 10 00 56
r.events@affinitesante.com



G. CORRETTI, S. PIERUCCI,
C. NISITA, G.B. CASSANO

Hysteria-like symptoms and sexual disorders: a study in 175 sexological patients

SUMMARY : Introduction: The hypothesis of a therapeutical and etiological relationship between hysteria and sexual disorders was formed many centuries ago. Ancient Egyptians first, then Hippocrates, Claudius Galenus and Freud described this evidence: nevertheless a few studies better clarify this relationship. The aim of our study was to point out the relationship between hysteric dimension and sexual disorders.

Material and Method: This work was based on the review of clinical papers of 175 consecutive male and female patients referred to a clinic of sexual disorders for outpatients. They were subdivided in diagnostic groups by sexual symptoms. The population was secondary subdivided according to the clinical presence or the absence of hysteria symptoms: neurological-like symptoms (NL), pain (P), functional somatic symptoms (FS), gastroenteric symptoms (GE), clastic episodes (C), theatricality (T), high interpersonal sensitivity (HI) and dissociative symptoms (D). It was previously evaluated with SCID (Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders) for Axis I psychiatric disorders and a modified-SCID for sexual disorders.

Results: Males represented 85.1% of the population, while females were 14.9%. Hysteria symptoms were represented by FS in the 59.8%, GE 36.2%, P 29.1%, HI 26.3%, T 17.1%. Significant correlations were pointed out between the presence of T and Hypoactive sexual disorders ($p=0.04$) and Gender Identity Disorder, ($p=0.000$); and between HI and female orgasmic disorder ($p=0.05$).

Conclusions: Hysteria was historically female confined, we found hysteria symptoms in males affected by sexual disorders. The relationship between hysteria symptoms and sexual disorders seems to be focused on the nuclear symptoms of the hysteric personality (theatricality and high interpersonal sensitivity) and the hedonistic dimensions of sexuality (desire and orgasm).

Giorgio Corretti was born in Livorno (Italy) in 1974, graduated in the School of Medicine of the University of Pisa in 1998, where specialized in Psychiatry (2003). Psychiatrist in the Psychiatric Department of the new Hospital Versilia (Italy). His scholarly contributions, comprising more than 10 articles on psychiatric and sexologic issues.

He shared in various national, European and international congresses as speaker (more than 50 abstract). He took part as teacher in various course sessions in the School of Medicine and in the post graduated School of Psychiatry in the University of Pisa and in the University of Siena.

Recently, he wrote two chapters in the new version of the Italian manual of psychiatry about sexual disorders: Paraphilias and Sexual Dysfunctions (in press).

He takes part to the editorial staff of the journals *Bridging Eastern and Western Psychiatry* and *Psichiatria e Territorio*.

During the centuries hysteria was always related to sexual dysfunctions. The first reports about hysteria and hysteric symptoms go back to 1990 B.C. in the ancient Egypt (1): they described particular women's psychic and somatic signs and symptoms due to uterus' motions. Some centuries later Plato (2) and Aristotle (3), then the father of the modern medicine, Hippocrates (4,5), pointed out a relationship between these symptoms and the sexual functions, particularly associated to reproductive functions. Galenus (6,7) (2nd century A.D.) linked directly hysteria to sexual pleasure and satisfaction. The first attempt of medicalizing hysteria was made by Salpetrière in the XIX century, Charcot (8), then Freud (9-12), definitely, bound hysteria and neurotic behavior to sexual phases, functions and perversions. During the DSM era, hysteria maintained his role of nosographic entity (related to sexual function) until the DSM III(13); in the fourth version, hysteria lost his noso-

graphic independence splitting in various signs and symptoms and converging in different Axis I diagnostic entities:

- Somatization Disorder;
- Conversion Disorder;
- Pain Disorder.

Other Hysteric aspects can be found in anxiety disorders as Generalized Anxiety or Panic Disorder, or in Axis II disorders (Borderline, Narcissistic, Histrionic, Antisocial).

While the historical view related hysteria to frigidity (14), new studies (15) on women with sexual pain disorders (dispareunia, vaginismo, dolore genitale), reported higher scores in hysteria dimension (Hy) on MMPI-2 vs controls, suggesting the hypothesis that the sexual symptom can represent a conversion of a psychic symptom. Other authors(16) extended hysteria symptoms to male and his sexuality: a reduction in sexual desire seems to be related to somatization aspects.

Aim of the study : The first aim was to

		% (n)
sex	Males	85.1 (149)
	Females	14.9 (26)
Status	Married	53.2 (93)
	Unmarried	46.8 (82)
		years
Age	Mean age	41.92±13.05

obtain an estimate of the frequency value of hysteria-like symptoms in a sexologic population.

The second aim was to evaluate the relationship between sexual diagnosis, psychiatric Axis I diagnosis and hysteria-like symptoms.

Material and Method

It is a retrospective study based on clinical papers of 175 consecutive outpatients, males and females, referred to a clinic of sexology in the department of psychiatry, neurobiology, pharmacology and biotechnology of the University of Pisa. The patients referred to the clinic searching a treatment for their sexual disorder. All the 175 patients reported a complete demography, general medical and sexual history, drugs, smoking, abuse and alcohol, blood and hormonal profile and every SCID (Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders) diagnosis. The previous SCID evaluation was assessed by a trained psychiatrist.

From the review of clinical papers, we considered 8 lifetime hysteria-like symptoms:

- neurological-like symptoms (NL) ;
- pain (P) ;
- functional somatic symptoms (FS) ;
- gastroenteric symptoms (GE) ;
- clastic episodes (C) ;
- theatricality (T) ;
- high interpersonal sensitivity (HI) ;
- dissociative symptoms (D).

The report of deficit or symptoms that suggest a neurological disease, not exclusively pain, as coordination disease, dizziness, vertigo, localized muscle weakness, tremors, disesthesia, paresthesia, sensorial disease, seizure-like attacks, was coded as Neurological-like symptoms (NL).

Type	Specific type	% (n)	
Axis I Disorder		74.9 (131)	
Mood Disorders		46.9 (82)	
	Depressive		29.7 (52)
	Bipolar I		5.1 (9)
	Bipolar II		12.0 (21)
Anxiety Disorders		45.1 (79)	
	Panic		18.3 (39)
	Social Phobia		9.7 (17)
	Obsessive Compulsive		21.1 (37)
	Generalized Anxiety		2.3 (4)
Substance Abuse Disorder		8.0 (14)	
Eating Disorders		3.4 (6)	
Body Dysmorphic Disorder		4.6 (8)	

Pain (P), was referred to every kind of pain in absence of a direct cause-effect relationship with the somatic health of the patient (or negative result of specific examination).

Functional somatic symptoms (FS) included dermatological, neurovegetative and urinary symptoms.

Gastroenteric symptoms (GE) consisted of gastric or intestinal symptoms, such as gastric pyrosis, nausea, dyspepsia, swelling, diarrhea, etc.

Clastic episodes (C): was assigned to aggressive behaviors with physical fight or assaults towards people or objects.

Theatricality (T) was evaluated as present as hyperrepresented mimic and gestuality, mannerisms or manipulative behaviors, excessive dramatizing tendency.

High interpersonal sensitivity (HI) indicated an high sensitivity toward criticism, judgment and refusal.

Dissociative symptoms (D): symptoms of disruptions in consciousness, memory, identity, or perception of environment.

These data were registered on a score sheet on a first time, then on an electronic database.

We used SPSS to analyze the data: Student's t-test was used for continuous variables and chi-square for categorical variables.

Results

The population was composed by 85.1% males. Mean age was 41.92±13.05 years; 53.2% of the

population was married (Table 1). Comorbidity with an axis I psychiatric disorder was a condition in 74.9% of the patients, with high percentage of mood disorders and anxiety disorders, revealed respectively in the 46.9 and 45.1% of the entire population (Table 2). About sexual disorders, sexual dysfunction regards almost all the population, in particular arousal disorders reports the highest prevalence (58.3%), followed by desire and orgasm disorders (Table 3).

Hysteria-like symptoms were represented by neurological-like symptoms (NL) in 9.7% of the patients, pain (P) in 29.1%, functional somatic symptoms (FS) in 59.8%, gastroenteric symptoms (GE) in 36.2%, clastic episodes (C) in 7.4%. theatricality (T) was present in 17.1% of the population, while the 26.3% of the population presented high interpersonal sensitivity (HI) and the 10.9% of the patients presented dissociative symptoms (D) (table 4).

By the comparison of variables regarding to the presence or the absence of hysteric symptomatology with sexual symptoms, we noticed a significant relationship between T and hypoactive sexual disorder ($p < 0.05$). T was also statistically correlated to gender identity disorder ($p < 0.001$), but it can be seen as a tendency for the low prevalence of the disorder in the whole population (3 cases). The relationship between GE and gender identity disorder (GID) may be considered in the same way ($p < 0.05$). Despite a lack of prevalence of paraphilia (8 cases), this variable seems to be statistically rela-

Table 3 : Sexual dysfunctions in the population of 175 sexologic outpatients.

Type	Subtype	% (n)	
Desire Disorders		30.3 (53)	
	Hypoactive		28.0 (49)
	Adversion		2.3 (4)
Arousal Disorders		58.3 (102)	
	Erectile Dysfunction		58.3 (102)
	Female Arousal Disorder		0.0 (0)
Orgasm Disorders		27.4 (48)	
	Premature Ejaculation		16.0 (28)
	Male Orgasm Disorder		4.6 (8)
	Female Anorgasmia		6.9 (12)
Pain Disorders		2.3 (4)	
	Dyspareunia (male and female)		1.7 (3)
	Vaginismus		0.6 (1)
Paraphilia		4.6 (8)	
Gender Identity Disorder		1.7 (3)	

Table 4 : Hysteria-like symptoms represented by the population.

Hysteria-like symptom		% (n)
Neurological-like symptoms	NL	9.7 (17)
Pain	P	29.1 (51)
Functional somatic symptoms	FS	59.8 (103)
Gastroenteric symptoms	GE	36.2 (57)
Clastic episodes	C	7.4 (13)
Theatricality	T	17.1 (30)
High interpersonal sensitivity	HI	26.3 (46)
Dissociative symptoms	D	10.9 (19)

ted to D ($p<0.001$). HI was related to female absence of orgasm ($p<0.05$), while P showed a significant correlation to dyspareunia ($p<0.05$). FS and NL didn't associate significantly to any kind of sexual disorder.

Hysteria-like symptoms seemed to be highly represented into axis I psychiatric disorder, showing significant statistical correlations between NL and panic disorder ($p<0.01$) and obsessive compulsive disorders ($p<0.05$), FS and axis I disorders in general ($p<0.001$) and panic disorders ($p<0.01$). In the same way GE was related to axis I disorders in general ($p<0.01$), bipolar disorder type I ($p<0.05$) and II ($p<0.05$), social phobia ($p<0.01$).

C was really common in bipolar disorder type II ($p<0.001$) and body dysmorphic disorder ($p<0.05$). On the other side T was related to axis I disorders ($p<0.05$), bipolar disorder type II ($p<0.001$) and panic disorder ($p<0.05$). HI was widely correlated to axis I disorders in general ($p<0.001$) and a lot of specific diagnostic entities like bipolar disorder type II ($p<0.01$), social pho-

bia ($p<0.001$), obsessive compulsive disorder ($p<0.05$), generalized anxiety disorder ($p<0.05$) and substance abuse ($p<0.001$); in the same way D showed significant data with obsessive compulsive disorder ($p<0.05$), body dysmorphic disorder ($p<0.05$) and mood disorders in general: unipolar disorder ($p<0.05$), bipolar disorder type I ($p<0.05$) and II ($p<0.05$).

Discussion

Our population was highly represented by men: these data was probably caused by some cultural aspects about sexuality, some people indeed, feel uncomfortable talking about their sexual life with a doctor of the opposite sex, and the medical staff of our clinic was composed by 3 males. The reason of this trend may be due to psychosocial factors: in 21st century, women are still reluctant talking about sex, while men seem to be less inhibited. This taboo increases when the physician is a male. In our clinic the

medical staff is composed by 3 males. On the other side, sometimes women reveal a sexual problem to the gynecologist, he yet represents the confident for the genital troubles.

The high tax of comorbidity between sexual and psychiatric disorders (17,18) is well known; in our study the prevalence of axis I psychiatric disorders in patients affected by sexual disorders was 74.9%. This seems to underline the really close relationship between sex and mind activities. On the other side, our sexual clinic represents a part of the department of psychiatry, and this location may overestimate the real comorbidity. In the same way, this high comorbidity may have influence on the presence of pain, gastrointestinal and functional symptoms. A mood disorder regarded 46.9% of our population and it could take responsibility of a pain hypersensitivity; while functional and gastrointestinal troubles may be due to the high prevalence of at least one anxiety disorder (45.1%).

Our data seems to show a close relationship between the first steps of human sexual response, represented by sexual desire, and theatricality. Sometimes unadequacy and impotence feelings become so intolerable and unacceptable to escape to the self-identification; in these patients psychic constructions take upon appearance of Pseudologia Phantastica. Their attitude to transform real life following grandiose ideation reveal their "impotence" feeling at the exposure of a sexual partner and towards sexual life in general. This emotional attitude may reduce sexual drive determining avoidance of sexual intercourse. On this way hypoactive sexual disorder may be a secondary expression of theatricality.

The significant correlation between high interpersonal sensitivity and female anorgasmia may be seen as the conversion in sexual symptoms of psychological troubles or discomforts. This can represent a conversion of a psychic symptom in a somatic symptom. The unipolar attention on its own and towards the partner's reactions and attitudes can shift away the patient's attention from the pleasure feelings and sensations due to sexual

intercourse.

Pain and dyspareunia can be related by a low pain threshold in these patients. On the other hand, we can hypothesize that this kind of patient shows a low tolerance towards pain in general (sexual pain and non-sexual pain). Our data about dissociative symptoms and paraphilia seem to confirm as deviant behavior could be included in the Hollander (19,20) obsessive spectrum: during the paraphilic attitudes, the patients have a disruption in the consciousness functions, as it can be viewed in dissociative disorders.

The relationship between T and gender identity disorder may be viewed as a tendency, and several studies may confirm this data, everywhere mania and excessive female behaviors are really common in transgenders. Despite the low prevalence of GID, our data seem to confirm a high frequency of eating disorders in transsexuals (21): gastrointestinal symptoms may be related to an abnormal eating attitude in these patients.

Conclusion

In conclusion our data seem to point out:

- a close relationship between hysteria-like symptoms and sexual dysfunctions;
- theatricality and high interpersonal sensitivity seem to be the most hysteria dimensions related to sexual dysfunction. These dimensions are the typical "hysterical character" and may disrupt the sexual cycle response (sexual desire and arousal in both sex, orgasm in female) in 3 different chronological phases:
- hysterical personality may be a predisposition factor for primitive sexual dysfunction;
- hysteria-like attitudes and behaviors may onset at the same time of the sexual dysfunction: both diseases may be due to a common cause;
- sexual troubles detect or increase hysteria-like symptoms.

REFERENCES

- 1- Alec Roy; *Sexual dysfunction and hysteria*. British Journal Medical Psychology. Jun.1981.Vol. 54(Pt 2): 131-2.
- 2- Platone Timeo cit. in Roccatagliata, *Isteria, Il Pensiero Scientifico*, Roma, 1990, p.84.
- 3- Aristotele, *De Partibus Animalium*, in : Roccatagliata, *Isteria*, p.103.
4. Catonné J.-P. *L'hysterie hippocratique* (Hippocratic concept of hysteria). Annales Médico-Psychologique (Paris) Dec.1992. 150(10): 705-19.
- 5- Ippocrate, *De Morbis mulierum*, in : Roccatagliata, *Isteria, Il Pensiero Scientifico*, Roma, 1990, pp. 53-4.
- 6- Galeno, *In Hippocratis librum de humoribus*, in : Roccatagliata, *Isteria*, p. 222.
- 7- Galeno, *De locis affectis*, VI, 5.
- 8- Libbrecht K., Quackelbern J. *On the early history of male hysteria and psychic trauma* (Charcot's influence on Freudian thought). Journal of the history of the behavioral sciences. Oct. 1995 Vol. 31(4):370-84.
- 9- Freud S. *Tre saggi sulla teoria sessuale*. OSF, vol.4. 1905.
- 10- Freud S. (in collaborazione con J.Breuer), *Studi sull'Isteria 1892-95*, in : *Opere*, vol.1, Boringhieri, Torino, 1967.
- 11- Freud S. *Etiologia dell'isteria*. OSF, vol. 2, 1896.
- 12- Freud S. *Isteria*, in : *Opere*, vol.1, Boringhieri, Torino, 1967.
- 13- *DSM-III Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Third Edition Revised American Psychiatric Association Washington, DC, 1987.
- 14- Catonné J.-P. *Femmes et hystérie au XIX^e siècle*. Synapse, 1992, n° 88, pp. 33-43.
- 15- Vaccaro P., Federghini F., Verticale M., Fignon A., Bonetti S., Sperti L., Bandini L., Nappi R.E. *Utilizzo di MMPI-2 nelle donne con disturbi dolorosi della sessualità*. I Congresso Nazionale Federazione Italiana di Sessuologia Scientifica, Identità sessuale: percorsi a confronto, Pisa 11-13 ottobre 2002.

16- Basile Fasolo C., Corretti G., Fontana L. *Dimensioni psichiche in 701 pazienti con disfunzioni sessuali*. Giornale Italiano di Andrologia 8/3 sett. 2001: 82.

17- Ernst C., Foldényi M., Angst J. *The Zurich study: XXI Sexual dysfunctions and disturbances in young adults. Data of longitudinal epidemiological study*. European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience, 1993 ; 243 : 179-88.

18- Van Lankveld J.J., Grotjann Y. *Psychiatric comorbidity in heterosexual couples with sexual dysfunction assessed with the composite international diagnostic interview*. Arch. Sex Behav. 2000 Oct. 29(5) : 479-98.

19- Hollander E. *Obsessive-compulsive disorder-related disorders: the role of selective serotonergic reuptake inhibitors*. International Clinical Psychopharmacology, 1996 Dec. 11 Suppl. 5 : 75-87.

20- Hollander E. *Treatment of obsessive-compulsive spectrum disorders with SSRIs*. British Journal of Psychiatry Suppl. 1998 ; (35) : 7-12.

21- Hepp U., Milos G. *Gender identity disorder and eating disorders*. International journal of eating disorders 2002 ; 32(4) : 473-9.

Acknowledgments :

Our special thanks to Bettini A. And Basile Fasolo C. for their help.

Giorgio Corretti, MD,

Psychiatry Department,
"Versilia" Hospital, via Aurelia 335,
55043 Lido di Camaiore (LU), Italia.

S. Pierucci, C. Nisita, G.B. Cassano

Department of Psychiatry,
Neurobiology,
Pharmacology and Biotechnology.
University of Pisa, Italy.