

42784-694
85-020

Acta psychiat. belg., 85, 325-372 (1985)

Théories et traitements psychologiques de l'impuissance érective*

par C. MORMONT**

ABSTRACT

Psychological theories and treatments of erectile impotence

The conceptual inaccuracies and the diagnostic difficulties encountered in the study of erectile impotence are underlined by the author. After a review and critique of the psychoanalytical and behavioral trends, of the « new sex therapy » and of cognitivism, the therapeutic methods which derive from these concepts are compared with each other. A particular attention is devoted to anxiety since its definition and prevalence varies considerably in the literature despite a misleading superficial similarity [Acta psychiat. belg., 85, 325-372 (1985)].

Key word : sexual impotence.

PLAN DU TRAVAIL

I. Introduction	327
1 Progrès idéologiques	327
2. Problèmes sémantiques	328
3. Définition	328
4. Classification clinique des impuissances érectives	330
5. Mécanismes physiologiques de l'érection	331

* Introduction théorique à une thèse de doctorat en psychologie défendue à l'Université de Liège en juin 1983.

** Docteur en psychologie, Chef de Travaux au Service de Psychiatrie de l'Université de Liège.

6. Etiologies des impuissance érectives	331
A. Difficultés du diagnostic différentiel	332
B. Manque de spécificité du symptôme	332
C. Enchevêtrement des facteurs et surdétermination du symptôme	333
D. Le point de vue psychosomatique	334
II. Théories et traitements de l'impuissance	334
1. Le courant psychanalytique	335
A. L'impuissance comme conséquence d'un conflit inconscient	336
a) La situation oedipienne	336
b) Le narcissisme	338
c) L'amour et la haine	339
B. L'impuissance par fixation à d'autres plaisirs	339
C. Le point de vue économique	340
a) L'impuissance par manque d'énergie	341
b) L'impuissance comme protection contre le traumatisme	342
D. Le traitement psychanalytique	343
2. Le courant behavioriste	344
A. a) L'inhibition réciproque	345
b) Application thérapeutique de la théorie de l'inhibition réciproque	346
B. a) Trouble du rapport entre stimulus sexuel et réponse sexuelle	347
b) Le conditionnement positif comme traitement	347
3. The new sex therapy	348
A. Positions théoriques	348
B. Traitement de l'impuissance érective	351
4. Après Masters et Johnson	351
A. La recherche clinique : principales orientations	352
B. Apports des travaux postmastersiens	352
C. Essai de synthèse autour d'un concept psychosomatique de l'impuissance : H. S. Kaplan	353
D. Le point de vue cognitiviste : A. Ellis	354
a) Modèle théorique	354
b) Traitement	355
5. Commentaires	357
A. Confrontation des points de vue théoriques et des approches thérapeutiques	357
B. L'anxiété	359
1. L'anxiété est-elle nécessairement présente chez l'impuissant ?	360
2. L'anxiété est-elle directement pathogène ?	361
3. L'anxiété est-elle toujours préalable à l'impuissance ?	362
C. L'efficacité thérapeutique	363
D. Les traitements médicaux	367
III. Conclusions	369
Bibliographie	370

I. INTRODUCTION

1. Progrès idéologiques

De nos jours, l'étude scientifique de la sexualité se heurte encore à de nombreux obstacles techniques, sociaux et moraux. Pourtant, de considérables progrès ont été enregistrés depuis la fin du siècle dernier, époque inaugurale d'une véritable révolution idéologique en matière de sexe. Trois œuvres marquent les étapes de cette révolution des idées, des mentalités et des méthodes ; trois œuvres qui abordent l'impuissance sous des angles différents et abandonnent définitivement le point de vue moral traditionnel.

Rappelons que, dans l'Occident chrétien, l'impuissance était considérée comme une profanation du sacrement de mariage et comme le signe d'une lascivité débridée (Darmon, 1979). On accorda plus d'intérêt aux conséquences de l'impuissance sur la validité du contrat de mariage et sur la transmission du patrimoine qu'à la souffrance de l'homme impuissant et du couple lésé.

Un premier bouleversement résulta de l'œuvre de Freud qui, choquant consciences et bonnes consciences, détruisit le mythe de l'innocence enfantine, attribua à l'amour œdipien le rôle crucial que l'on sait et prétendit que la même pulsion sexuelle était la source des perversions les plus répugnantes aussi bien que des créations les plus idéales. Freud fit de l'impuissance un trouble névrotique, la situant hors des champs moral et social bien qu'il reconnût le rôle des pressions morales et sociales dans la genèse de ce trouble.

Les enquêtes de Kinsey sur le comportement sexuel du mâle humain (et américain) signèrent un autre bouleversement, plus superficiel sans doute mais retentissant. De telles enquêtes en apprirent moins sur les comportements sexuels qu'elles ne démontrèrent que cette sphère de la vie intime pouvait être analysée comme n'importe quel autre domaine du comportement. Kinsey n'envisage l'impuissance ni comme une faute ni comme un symptôme mais comme un fait objectif dont l'anormalité n'a d'autres critères que ceux de la statistique.

Nous devons un troisième bouleversement à Masters et Johnson qui osèrent étudier *in vivo* et dans les conditions les plus naturelles — c'est-à-dire dans les relations interpersonnelles réelles — les comportements sexuels et leurs concomitants physiologiques. Pour ces auteurs, l'impuissance est un trouble de la relation entre partenaires ; elle n'est pas considérée comme le symptôme d'une psychopathologie sous-jacente ni comme un fait individuel.

2. Problèmes sémantiques

Ce tableau brossé en trois grands traits nous sert de toile de fond ; il nous faut y situer plus précisément l'impuissance et lui donner des contours plus nets.

Avant de fixer une définition de l'impuissance, une approche sémantique s'impose.

En effet, le terme « impuissance » accompagné ou non d'une épithète (impuissance sexuelle, virile, psychique, érective...) a des acceptions variables.

Impuissance et stérilité ont été longtemps confondues et le sont encore parfois dans la littérature non spécialisée ; une telle confusion ne se rencontre cependant plus dans les textes scientifiques.

Par contre, le terme impuissance continue à désigner soit un ensemble de troubles sexuels (troubles du désir, de l'érection, de l'éjaculation, du plaisir), soit l'un d'entre eux (l'absence, l'insuffisance ou la chute d'érection). Il sert aussi quelquefois à opposer les troubles de la sexualité masculine aux troubles de la sexualité féminine et plus particulièrement à la frigidité.

Toutefois, selon les auteurs,

a) l'impuissance couvre les troubles de la sexualité masculine et féminine (Menninger, 1935) ;

b) l'impuissance n'est que masculine et est l'équivalent de la frigidité féminine ;

c) l'impuissance est une incapacité d'agir ; elle se distingue de la frigidité qui est une incapacité ou bien de jouir (frigidité féminine) ou bien de désirer (elle se retrouve alors aussi bien chez l'homme, comme l'écrit Mallet [1956]).

Dans le cadre de ce travail, nous n'aborderons que l'« impuissance érective » (absence, insuffisance ou chute de l'érection), terme que nous préférons à celui de « dysfonctionnement de l'érection », ce dernier englobant tous les troubles de l'érection, y compris les troubles par excès.

3. Définition

Nous définirons *l'impuissance érective comme une incapacité à développer, faute d'une érection suffisante, une réponse sexuelle complète alors que les conditions que l'homme juge opportunes sont rassemblées :*

désir, degré suffisant d'excitation, objet sexuel accessible et attirant, circonstances favorables.

Nous soulignons ainsi que c'est par une absence ou une chute de l'érection (phénomène observable) que le déroulement de l'acte sexuel désiré (aspect subjectif) — quel que soit cet acte — est rendu impossible.

Nous pensons devoir exclure de la définition de l'impuissance érective toute référence à des critères externes ou hétérogènes tels que le coït et l'hétérosexualité, le plaisir, un modèle théorique de comportement sexuel, l'étiologie.

a) Le coït et l'hétérosexualité : dans la majorité des cas, l'impuissance se révèle lors du coït hétérosexuel qu'elle empêche. Elle peut toutefois survenir en d'autres circonstances, par exemple à l'occasion de rapports homosexuels ou de masturbations. C'est pourquoi, en définissant l'impuissance érective, nous avons préféré parler de « réponse sexuelle complète » ou d'« acte sexuel désiré » plutôt que

— d'acte sexuel, locution synonyme de coït, comme le font Masters et Johnson (1970) (impuissance : « une absence totale d'érection ou une érection trop brève pour permettre d'accomplir l'acte sexuel » [p. 131]) ;

— de coït comme le fait Loewenstein (1935) (« les troubles de l'érection par défaut ou *impuissances viriles*..., sont caractérisés par l'absence d'érection au moment du coït, ou bien par une chute de l'érection avant ou au moment de l'intromission » ;

— de « coït hétérosexuel *per vaginam* » (Jones, 1925).

b) Le plaisir éprouvé ou donné : l'impuissance s'accompagne pratiquement toujours d'un trouble du plaisir éprouvé et rend improbable la jouissance du partenaire. Ce trouble du plaisir peut cependant exister en dehors de l'impuissance et est une conséquence plutôt qu'un facteur constitutif de celle-ci. C'est pourquoi nous ne pouvons suivre Jones (1925) lorsqu'il définit « l'impuissance comme une impossibilité complète ou incomplète d'accomplir d'une façon satisfaisante le coït hétérosexuel *per vaginam*. Les mots « d'une façon satisfaisante » impliquent plusieurs choses : il ne faut pas que les conditions (d'accomplissement) soient trop fastidieusement spécifiques... ; l'érection doit être adéquate ; sa durée doit être proportionnée aux exigences de la situation... Il faut, enfin, que la sensation éprouvée soit franchement agréable, sans rien de pénible » (p. 719).

c) Un modèle idéal ou théorique : la définition de Jones s'établit par rapport à un comportement sexuel idéal (les termes normatifs utilisés

par Jones — « fastidieusement », « adéquate », « proportionnée », « agréable » — en témoignent). D'autres auteurs dont Freud (1912) et Dreyfus-Moreau (1964) décrivent le comportement sexuel par référence au modèle hypothétique de la sexualité primitive. Situer ainsi le comportement par rapport à des modèles permet, nous semble-t-il, de classer mais non de définir ce comportement.

d) L'étiologie : inclure l'étiologie dans la définition de l'impuissance limite nécessairement la portée de cette définition. Ceci est en contradiction avec le projet de donner une définition générale de l'impuissance érective. Au surplus, et nous y reviendrons, il est très malaisé de connaître l'étiologie de ce trouble. Dès lors, les définitions qui impliquent un facteur étiologique ne sont que rarement applicables.

4. Classification clinique des impuissances érectives

L'impuissance érective peut prendre des formes variées.

1. Selon le moment où elle apparaît : a) impuissance primaire : dans l'usage, il semble exister une divergence entre les écoles française et américaine quant à la définition de l'impuissance primaire. En France, on désigne habituellement ainsi « le cas des adultes qui n'ont jamais connu une vie sexuelle normale » (Bricaire et Dreyfus-Moreau, 1964) même s'il leur est arrivé de présenter des réponses sexuelles normales. Aux Etats-Unis, du moins pour Masters et Johnson (1970), le trouble est beaucoup plus radical et l'impuissant primaire n'a *jamais* été capable d'une telle réponse ; b) impuissance secondaire : il s'agit de l'impuissance qui apparaît chez un homme qui a connu antérieurement une vie sexuelle normale.

2. Selon sa fréquence : impuissance totale ou relative selon que l'impuissance entrave ou non chaque réponse sexuelle.

3. Selon son intensité : a) impuissance érective totale quand il y a absence totale d'érection ; b) impuissance érective relative quand on constate la présence d'érection en dehors de la situation où elle est attendue, cette érection manquant ou chutant lorsqu'elle est nécessaire.

4. Selon son degré de généralité : l'impuissance est sélective ou non si elle ne survient que dans certaines situations ou au contraire n'a pas de condition régulière.

5. Mécanismes physiologiques de l'érection

Ayant défini l'impuissance sexuelle comme un trouble de l'érection, il est opportun de rappeler les mécanismes psychophysiologiques de l'érection. Nous en empruntons la description à Beaujean (1979).

L'érection est un phénomène vasculaire commandé

a) par un centre parasympathique sacré, localisé entre (S2)-S3-S4-(S5), répondant surtout à des stimuli en provenance directe des voies sensibles afférentes aux métamères S3, S4, S5 ;

b) « par un centre orthosympathique situé dans les cornes latérales de (D11)-D12 à L2... stimulé par les influx psychogènes élaborés à partir de perceptions sensorielles et sensibles, de mécanismes psycho-affectifs et d'images mémorisées, qui sont ensuite modulées par le cortex, le rhinencéphale, l'hypothalamus et la zone réticulée du tronc cérébral ».

Ces centres règlent la vascularisation des organes érectiles — corps caverneux et corps spongieux. Ils déterminent, lorsqu'ils sont stimulés, la vasodilatation des artères pénienues et la fermeture des sphincters des anastomoses artério-veineuses. Le sang se trouve ainsi forcé dans les aréoles des organes érectiles à un débit et une pression très accrus. Le pénis augmente de volume, durcit, se dresse ; c'est l'érection.

Ce phénomène vasculaire ne peut avoir lieu que si les systèmes nerveux, circulatoire, endocrinien, génito-urinaire — systèmes qui commandent, effectuent ou sous-tendent l'érection — conservent une intégrité suffisante.

6. Etiologies des impuissances érectives

D'un point de vue étiologique, on distingue habituellement deux catégories principales d'impuissances.

— Les impuissances érectives psychogénétiques.

— Les impuissances érectives organogénétiques. Parmi celles-ci : *a)* les impuissances neurologiques ; *b)* les impuissances vasculaires ; *c)* les impuissances génito-urinaires ; *d)* les impuissances endocriniennes.

Cette classification [empruntée à Bricaire et Dreyfus-Moreau (1964)] logique et claire masque une réalité difficile à saisir. Nous en prendrons comme preuves :

A/ la difficulté du diagnostic différentiel entre impuissance psychogénétique et impuissance organogénétique ;

B/ le manque de spécificité du symptôme ;

C/ l'enchevêtrement des facteurs et la surdétermination du symptôme ;

D/ l'hypothèse d'une étiologie psychosomatique.

A. Difficultés du diagnostic différentiel.

En matière d'impuissance érective, le diagnostic est rarement fondé sur des preuves positives.

D'habitude, il s'agit d'un diagnostic par présomption et exclusion : l'impuissance sera dite organique lorsqu'un des systèmes physiologiques ou anatomiques dont dépend l'érection est lésé, ou encore si elle survient en même temps qu'une atteinte organique dont les affinités avec l'impuissance sont connues (le diabète, la cirrhose ou la gastrectomie, par exemple). L'impuissance est considérée comme psychogénétique dans tous les autres cas.

Le progrès des méthodes d'examen n'a pas modifié le raisonnement diagnostique : la mise en évidence de troubles de la vascularisation pénienne ou de l'automatisme érectif (par diverses méthodes telles que l'enregistrement des érections nocturnes, la thermographie, l'artériographie, le pénogramme radioisotopique...) conduit au diagnostic d'impuissance organique ; l'absence de tels troubles assigne au symptôme une origine psychique.

Pourtant, à l'exception de cas particuliers, le lien entre une atteinte organique et l'impuissance érective est rarement systématique. De même, il n'existe pas de problème psychologique dont on puisse dire qu'il entraînera à coup sûr l'impuissance érective.

Enfin, il n'est pas démontré qu'une inhibition d'origine psychique n'entraîne pas à la longue des altérations somatiques.

Le classement des impuissants en deux catégories — dont l'une rassemble les neuf dixièmes des cas (impuissances psychiques) — ne se fait donc pas sur des bases satisfaisantes faute de critères positifs permettant un diagnostic sûr.

B. Manque de spécificité du symptôme.

L'impuissance érective est le symptôme de pathologies très diverses, organiques, psychiques ou mixtes, limitées ou diffuses, simples ou combinées.

Les facteurs qui peuvent la provoquer sont multiples et peu contraignants. Ils ne sont pas identifiables avec facilité (par exemple, quel est

le facteur qui engendre l'impuissance chez les prisonniers [Eitinger, 1969] ou chez les sujets amenés à vivre en haute altitude [Mathus, 1971] ?)

L'incidence de ces facteurs est mal connue, discutée. L'exemple de l'alcoolisme — que nous avons évoqué ailleurs (Mormont, 1980) — est instructif à ce propos : les auteurs n'arrivent à aucun accord sur la fréquence de l'association alcoolisme-impuissance (Talkington, 1971 ; Zizic *et al.*, 1967) ; ni sur l'action neurotoxique directe de l'alcool sur les fibres commandant l'érection (Lemere et Smith, 1973 ; Zizic *et al.*, 1967) ; ni sur le rôle étiologique de l'alcoolisme (Henc, 1967 ; Wilson, 1977).

En pratique, comment savoir si l'alcoolique qui nous consulte est alcoolique parce qu'il est impuissant ou impuissant parce qu'il est intoxiqué ? Comment savoir si l'impuissance résulte de l'action neurotoxique directe de l'alcool ou si elle ne préexistait pas aux neuropathies dues à l'alcool ? Comment savoir, donc, si l'impuissance est d'abord psychogénétique ou d'abord organogénétique, la mise en évidence d'une atteinte organique au moment de la consultation (c'est-à-dire après des années, parfois, d'impuissance) ne prouvant pas que le facteur organique a joué un rôle dans l'apparition du trouble sexuel ?

C. Enchevêtrement des facteurs et surdétermination du symptôme.

Dans de nombreux cas, plusieurs facteurs susceptibles de provoquer l'impuissance sont présents ; tantôt un seul de ces facteurs sera pathogène, tantôt le symptôme résultera d'une sommation d'effets néfastes.

Par exemple, chez le diabétique, l'impuissance peut être psychogénétique comme l'attestent les succès remportés parfois par la seule psychothérapie ; elle peut être, évidemment, organique (troubles vasculaires, neuropathie des fibres qui commandent l'érection) ; les facteurs psychiques et organiques peuvent s'associer pour produire le trouble. Il leur arrive aussi de se contrarier : Fisher *et al.* (1979) ont observé plusieurs diabétiques dont les érections diurnes étaient meilleures que prévu en fonction de l'enregistrement de la *Nocturnal Penile Tumescence*, ce qui démontre que des conditions spéciales de stimulation érotique ou des facteurs inconnus peuvent provoquer une érection chez des hommes porteurs d'une atteinte organique de l'érectilité.

Si, selon Fisher *et al.*, les patients chez lesquels on relève à la fois un diabète léger et des facteurs psychiques de l'impuissance posent des problèmes diagnostiques des plus difficiles, ces problèmes se rencontrent même et surtout lorsque certains des facteurs en présence ne sont pas aussi connus que le diabète.

Dans ces conditions, la distinction tranchée entre impuissance psychogénétique et organogénétique est loin d'être toujours possible.

D. Le point de vue psychosomatique.

C'est de la clinique que viennent les incitations les plus fortes à considérer l'impuissance d'un point de vue psychosomatique. En effet les plaintes centrées sur le symptôme, la pensée concrète, la pauvreté fantasmatique de tant d'impuissants rappellent au clinicien ses patients ulcéreux ou cardiaques plus qu'elles n'évoquent la personnalité névrotique. Cette constatation n'a toutefois pas engendré d'élaboration théorique suffisante, en dépit de certaines ébauches (Servais *et al.*, 1975) et des prétentions de Kaplan (1974) (1) qui, nous semble-t-il, propose plutôt une théorie émotionnelle de l'impuissance qu'une théorie vraiment psychosomatique, laquelle, s'appuyant sur le fonctionnement mental, devrait tenter de rendre compte moins de l'inhibition critique et réactionnelle de l'érection que, par exemple, des troubles vasculaires générateurs d'impuissance ou des conséquences somatiques de l'inhibition sexuelle.

Adopter une telle perspective psychosomatique entraînerait de profonds bouleversements dans l'approche et la compréhension de l'impuissance puisque celle-ci se trouverait extirpée de son cadre signifiant habituel (la relation sexuelle, l'érotisme) et deviendrait la résultante corporelle insignifiante (« le symptôme psychosomatique est bête »), peut-être aléatoire, d'un fonctionnement mental particulier.

L'impuissance érective étant alors considérée comme un trouble fonctionnel ou lésionnel du système érectile, trouble somatique dont la cause est psychique, la classification traditionnelle en fonction de l'étiologie organique ou psychique ne paraît pas très appropriée.

En bref, il apparaît que la distinction traditionnelle entre les impuissances psychogénétiques et organogénétiques ne soit pas valide parce que la preuve d'une étiologie pure est rarement faite et que l'idée même d'une telle étiologie semble ne convenir que dans un nombre restreint de cas.

II. THEORIES ET TRAITEMENTS DE L'IMPUISSANCE

On a proposé de l'impuissance sexuelle de nombreuses explications. Nous nous en tiendrons aux courants d'idées qui s'inscrivent dans le champ de la psychologie : le courant psychanalytique, le courant behavioriste et celui de la « *new sex therapy* ». Nous y ajouterons un point de

(1) Voir page 353 : Essai de synthèse autour d'un concept psychosomatique de l'impuissance : H.S. Kaplan.

vue psychosomatique et l'approche cognitive. Par contre, nous laissons de côté d'autres théories de l'impuissance — telles les théories magiques ou les théories sociologiques — qui cherchent ailleurs que dans la psychologie les ressorts du trouble étudié.

Chacune des théories a des implications thérapeutiques que nous évoquerons aussi.

1. Le courant psychanalytique

Freud révolutionna les idées en reconnaissant une origine sexuelle à la plupart des actes humains. Il se consacra à l'étude des avatars de la libido cherchant à se frayer un chemin au travers des obstacles érigés par la réalité, par le moi ou le surmoi. Il repéra ainsi le travail clandestin de la libido dans la conversion hystérique, puis dans d'autres troubles. L'attention du psychanalyste devait immanquablement se tourner vers l'activité sexuelle elle-même puisqu'elle est la plus directement impliquée dans la décharge de l'énergie libidinale : au fil du temps, la maturation psychosexuelle, les perversions, la frigidité, les troubles de l'éjaculation et l'impuissance érective furent passés au crible de la théorie freudienne.

Dès 1908, Ferenczi proposa de l'impuissance sexuelle une interprétation qui, aujourd'hui encore, demeure la plus connue tant des détracteurs que de certains partisans de la psychanalyse : « L'impuissance psychosexuelle est un symptôme partiel d'une psychonévrose en accord avec la thèse de Freud, à savoir qu'il s'agit toujours de la manifestation symbolique du souvenir d'événements sexuels vécus dans la première enfance puis refoulés dans l'inconscient, du désir inconscient visant à leur répétition, et du conflit psychique qui en résulte » (p. 49).

Selon Ferenczi, l'activité sexuelle adulte, en soi compatible avec la conscience, se trouve inhibée pour éviter le rappel d'inavouables expériences infantiles ; parmi ces expériences, la fixation incestueuse et l'humiliation sexuelle occupent une place privilégiée.

La gravité de l'inhibition, déterminée par l'intensité des traumatismes psychologiques subis ou par une prédisposition à la névrose, se manifeste notamment par la précocité du trouble (impuissance primaire ou secondaire).

L'opinion de Ferenczi attire quelques remarques. La première concerne le terme « symptôme » que Ferenczi utilise dans une acception banale alors que Freud (1926) a assigné à ce terme une signification précise et l'a distingué de l'inhibition ; celle-ci est une limitation « des fonctions du Moi, soit par mesure de précaution, soit à la suite d'un appauvrissement en énergie » (p. 5), alors que le « symptôme

serait le signe et le substitut d'une satisfaction pulsionnelle qui n'a pas eu lieu » (p. 7).

Il paraît d'emblée que l'impuissance est bien plus souvent une inhibition qu'un symptôme, et ce n'est qu'accidentel que « l'inhibition manifeste fournisse l'occasion à une tendance inconsciente de trouver une issue détournée » (Fenichel, 1945, p. 209). Essentiellement, l'impuissance résulte « d'une action défensive du Moi qui empêche d'accomplir une activité instinctuelle considérée comme dangereuse » (Fenichel, 1945, p. 210). Elle est donc bien une inhibition.

Quant à l'affirmation de Ferenczi selon laquelle l'impuissance est *toujours* une manifestation symbolique d'un conflit inconscient, elle paraît insoutenable en raison de son caractère de généralité.

En effet, bien avant d'avoir exposé (Freud, 1912) exemplairement la notion de conflit inconscient générateur d'impuissance, Freud (1905) avait déjà laissé entendre que certains plaisirs pouvaient exercer un attrait plus grand que l'orgasme. Enfin, les impératifs économiques, indépendants des conflits dans lesquels le Moi serait engagé, peuvent aussi déterminer l'apparition de l'impuissance (Misès, 1964).

A. L'impuissance comme conséquence d'un conflit inconscient.

a) *La situation œdipienne.*

Il est superflu de décrire une nouvelle fois la situation œdipienne tant de fois évoquée dans la littérature psychologique.

Nous en rappellerons seulement quelques aspects qui risquent d'avoir des conséquences assez directes sur la puissance sexuelle de l'homme adulte.

Lors du complexe d'Œdipe, les éléments en présence sont le lien primitif de l'enfant à la mère, la surcharge de ce lien par des émois érotiques, les sentiments déchirants que cet enfant voue à ses parents, l'interdiction de l'inceste et la menace de castration. Les acteurs sont évidemment le fils, la mère et le père.

Le premier lien (courant de tendresse) qui unit le garçon à sa mère trouve son origine dans l'instinct de conservation et non dans les pulsions sexuelles. Lorsque celles-ci apparaissent (courant de sensualité), elles s'étaient sur le courant de tendresse et, suivant ce dernier, prennent la mère comme objet.

Le petit garçon en vient ainsi à désirer sa mère amoureusement et à haïr, comme un rival détestable, ce père qu'il aime pourtant et qu'il va tour à tour agresser et séduire.

A l'inconfort de cette situation s'ajoute l'obligation de renoncer à la mère (prohibition de l'inceste) sous peine d'être châtré. L'intérêt nar-

cissique pour le pénis l'emportant sur l'attrait pour la mère, le Moi abandonne l'investissement libidinal des objets parentaux (1).

Après s'être identifié au père pour aimer la mère malgré tout, le garçon use de cette identification pour devenir capable de choisir une compagne qui ne sera pas sa mère.

A chaque étape de cette évolution, un incident peut venir mettre en péril la puissance sexuelle de l'homme que le petit garçon « œdipien » deviendra.

1. Si le courant de sensualité a été soumis à une réprobation trop sévère, il ne pourra s'adresser à une femme vers laquelle l'homme se trouverait porté par le courant de tendresse. Ne pouvant désirer où il aime ni aimer où il désire, l'homme sera impuissant avec la femme aimée et ne pourra jouir qu'avec une femme avilie, rabaissée. Il s'agit là d'un cas exemplaire d'impuissance sélective.

2. Par ailleurs, si le pénis, organe coupable et surinvesti tout à la fois, se trouve trop gravement menacé par la jalousie du père, le garçon peut le mettre à l'abri en le retirant préventivement du jeu génital, à moins qu'il n'expie le crime incestueux en offrant le pénis au couperet. Dans les deux cas, l'absence de pénis impose l'impuissance.

3. Une autre éventualité est celle du complexe d'Œdipe sous une forme négative : le garçon se conduit comme une fille ou s'identifie à la mère, cherchant à séduire le père et à être pénétré par lui. Une telle inversion implique l'abandon des marques de virilité parmi lesquelles l'érection du pénis est la plus évidente.

4. Le renoncement à la mère et le choix de nouveaux objets d'attachement peuvent être trop frustrants ou trop difficiles en raison de l'atirance excessive éprouvée à l'égard de la mère ; dans ce cas, l'homme ne peut se tourner vers une partenaire adéquate et est incapable de se conduire en adulte.

5. Dans une situation de même ordre, c'est-à-dire dans laquelle le désir pour le sexe maternel est demeuré trop fort, une phobie du sexe féminin peut venir protéger l'homme de la tentation incestueuse infantile.

(1) « Si la satisfaction amoureuse, sur le terrain du complexe d'Œdipe, doit coûter le pénis, alors on en vient nécessairement au conflit entre l'intérêt narcissique pour cette partie du corps et l'investissement libidinal des objets parentaux. Dans ce conflit, c'est normalement la première de ces forces qui l'emporte ; le moi de l'enfant se détourne du complexe d'Œdipe ». FREUD S. *Der Untergang des Ödipus-komplexes*, 1924. trad. fr. p. 120.

En bref, et à partir de la situation œdipienne, l'impuissance peut exprimer le rabaissement du courant de sensualité, la castration subie, la prévention de cette castration, l'identification féminine, l'attachement excessif à la mère rendant impossible ou dégoûtante l'approche sexuelle.

b) *Le narcissisme.*

De façon très schématique, nous cernerons deux conflits, l'un impliquant plutôt le narcissisme primaire, l'autre le narcissisme secondaire.

Le premier de ces conflits touche à la distinction Moi — non-Moi et à l'investissement de la libido sur ces deux éléments concurrents : l'individu pourra-t-il détacher une part suffisante de la libido investie initialement sur lui-même afin d'investir le non-Moi ? Ou, en d'autres termes, l'individu reconnaît-il l'existence de l'autre et accepte-t-il d'établir des échanges avec l'extérieur ?

Si la réponse à cette question est affirmative, une condition nécessaire mais non suffisante à l'épanouissement sexuel est remplie.

Si, au contraire, l'investissement de la libido sur soi-même demeure excessif, il s'ensuit une absence d'intérêt pour le monde extérieur, une fermeture aux excitations et une aversion à l'égard du manque, du désir que celui-ci engendre et de la dépense énergétique à laquelle il contraint. Capturé plus encore que captivé par lui-même, l'homme n'éprouverait aucun attrait pour autrui parce qu'à l'extrême, et cela se voit dans l'autisme, l'autre n'existe guère, ne peut tenir le rôle de partenaire ni posséder des vertus aphrodisiaques. Au surplus, le désir sexuel est combattu ou atrophié en vue de préserver la quiétude et l'immobilité caractéristiques de l'état narcissique primaire. L'impuissance résulte ici de la victoire du mouvement centripète de la libido.

Le second conflit oppose l'amour de soi et l'amour de l'autre : la libido est-elle véritablement investie dans l'objet dont la réalité, l'identité et l'autonomie sont reconnues ou ne fait-elle que transiter par un objet — miroir ou prolongement de soi — avant de revenir vers le Moi ?

Dans cette dernière éventualité, le Moi se prend comme objet d'amour, cherche à se plaire, à se séduire, à se gratifier, retournant sur lui sa propre libido retirée des investissements « à l'étranger ». Narcisse, amoureux de son image au point de rester insensible aux appels de la nymphe Echo, ne nous fournit-il pas l'exemple le plus fameux du triomphe de l'amour de soi sur l'amour de l'autre, de la froideur sexuelle sur l'excitation érotique ?

Le plus souvent, pourtant, le Moi ne peut négliger totalement l'existence de l'autre, aussi tente-t-il de récupérer à son bénéfice le prix de cette concession obligée faite à la réalité extérieure : il ne cherche, ne voit et n'aime dans l'autre que son propre reflet ou encore les indices

qui le confortent dans son amour pour lui-même. Si un homme narcissique tombe amoureux, c'est de quelqu'un qui lui ressemble, le flatte, le confirme dans sa vanité, le gratifie sans cesse.

Selon Menninger (1935), un tel homme peut faire preuve d'une grande puissance sexuelle tant que les circonstances sont favorables mais le désastre le guette dès que la relation ou l'acte sexuel menace sa sécurité narcissique. En fait, la puissance sexuelle serait aussi fallacieuse que la relation d'amour. La perte de la première serait le pendant de l'inexistence de la seconde.

Dans le cadre de son action thérapeutique, Jacobs (1977) a bien repéré ces impuissants par narcissisme : ceux-ci présentent ce que cet auteur nomme « *the impotent king syndrome* », syndrome observé chez six des dix impuissants (sur 61 cas traités) dont la thérapie sexuelle et conjugale (programme de quinze semaines) avait échoué. Le « roi impuissant », possédant de lui-même une image grandiose, éprouve un incommensurable besoin d'admiration et attend de sa partenaire vénération, respect, louange. Uniquement soucieux de sauvegarder son estime de soi, il ne se préoccupe en rien des attentes de sa partenaire. Celle-ci finit par se lasser et refuse de payer encore le tribut d'admiration que le « roi » exige. Cet acte de lèse-majesté constitue une blessure narcissique insupportable dont l'homme se venge en refusant, à son tour, d'honorer la femme. Et c'est l'impuissance.

c) *L'amour et la haine.*

La concomitance de ces deux sentiments peut prendre deux formes distinctes : ou bien l'amour conscient pour la partenaire est sous-tendu par une haine inconsciente à son égard, ou bien l'amour et la haine demeurent enchevêtrés, indissociables, ce qui expose l'objet investi au risque d'être détruit.

Dans le premier cas, la haine peut être, selon Menninger (1935), une réaction liée à la peur, au désir de revanche ou à l'envie de l'homme à l'égard de la femme.

Dans le second cas, l'élan qui pousse le sujet vers l'objet charrie un mélange d'amour et de haine dont les manifestations risquent de détruire l'objet, ce que ne souhaite pas le Moi. L'inhibition sélective des conduites dangereuses étant impossible, c'est l'ensemble des manifestations érotiques et agressives qui se trouve bloqué.

B. *L'impuissance par fixation à d'autres plaisirs.*

La description que fait Freud (1905) de l'acte sexuel dans « Trois essais sur la théorie de la sexualité » permet d'envisager ce cas d'impuissance érective qui ne se laisserait pas décrire complètement en ter-

mes de conflit ou d'énergie, bien qu'il présente des aspects conflictuels et économiques.

Dans le coït, l'accroissement de la tension est produit par l'excitation des zones érogènes et s'accompagne d'une forme particulière de plaisir que Freud nomme plaisir préliminaire. Cet accroissement fournit l'énergie motrice nécessaire à l'aboutissement de l'acte sexuel et donc à l'obtention du plaisir terminal ou du plaisir de satisfaction (1).

Freud (1905) attire l'attention sur le danger du plaisir préliminaire : « ce danger, relatif à l'aboutissement normal de l'acte sexuel, se manifeste dès le moment où, à une étape quelconque du processus sexuel préparatoire, le plaisir préliminaire devient trop grand tandis que la part de tension reste trop faible. Dans ce cas, la force pulsionnelle fléchit, en sorte que le processus sexuel ne peut continuer ; le chemin à parcourir se raccourcit, l'action préparatoire se substitue au but normal de la sexualité » (p. 117).

Cette substitution dont l'impuissance peut découler se rencontre régulièrement, structurellement, dans les cas de fixation ou de régression pré-génitale et dans certaines perversions, c'est-à-dire dans les cas où la genitalité n'exerce ni son primat ni son attrait.

A titre d'exemple de fixation, nous reprendrons l'hypothèse grâce à laquelle Loewenstein (1934) cherche à rendre compte des cas où érection et éjaculation ne sont possibles que lorsque le pénis subit passivement des caresses, sans qu'il y ait intromission. L'intérêt de cette hypothèse est de montrer qu'un stade du développement psycho-sexuel a exercé une influence telle que les modalités plus tardives de fonctionnement et de plaisir érotiques ne sont pas atteintes, les organes génitaux du garçon continuant en l'occurrence à se comporter comme « toute autre zone érogène ... dont la fonction (érogène) a des buts purement passifs, ceux d'être caressés ». Le désir de pénétrer n'apparaît pas et, si l'homme s'y risque par conformisme ou contrainte, l'érection s'efface, la situation cessant d'être excitante.

C. Le point de vue économique.

Jusqu'ici nous avons vu que l'homme pouvait se trouver engagé dans des conflits intérieurs, opposé à des obstacles inconscients, fasciné par

(1) La distinction entre plaisir préliminaire et plaisir de satisfaction est destinée, dans l'esprit de Freud, à résoudre la contradiction entre l'affirmation qu'un sentiment de tension a toujours un caractère pénible et le fait que la tension provoquée par l'excitation sexuelle est ressentie comme un plaisir. Cette contradiction serait résolue dans la mesure où le plaisir préliminaire ne serait pas l'accompagnant mais le point de départ d'un accroissement de la tension. Au contraire, le plaisir terminal (ou de satisfaction) serait l'accompagnant de la décharge et inaugurerait une phase de détente.

des plaisirs particuliers de telle manière qu'il ne puisse user librement de son sexe.

Nous n'avons pas mis en doute qu'il disposait de l'énergie nécessaire à l'exercice de sa sexualité.

Le manque de force « virile » est pourtant l'explication la plus commune, la plus populaire qui soit de l'impuissance, et de classiques observations médicales — impuissance des malades chroniques, des convalescents, des déprimés — tendent à confirmer cette interprétation.

Celle-ci rend compte encore de l'anorexie sexuelle considérée comme une agénésie ou une déficience de l'instinct sexuel.

La théorie psychanalytique ne pouvait ignorer une hypothèse engageant des notions aussi essentielles que celles d'énergie, d'instinct, de fonds biologique. Cela lui fut d'autant plus facile qu'il suffit d'adopter, en matière d'impuissance, le point de vue économique développé par ailleurs afin de traiter l'aspect quantitatif (quantité d'excitation, de tension, d'énergie) des processus psychiques.

Deux facteurs importants de variation de l'excitation, de l'énergie sont la pulsion et le principe de plaisir. La pulsion se définit comme une source interne et continue d'excitation ; elle produit donc une augmentation de l'énergie. Au contraire, le principe de plaisir tend à substituer un état de détente (diminution de l'excitation, cette diminution étant associée à une impression agréable) à un état pénible de tension ; le principe de plaisir vise ainsi à la réduction de l'énergie en circulation dans l'appareil psychique.

Les pulsions sexuelles et les conduites qui aboutissent à l'orgasme fournissent un matériau auquel s'adapte particulièrement bien le point de vue économique ; le processus sexuel suit avec régularité le même scénario : la tension croissante incite à chercher une décharge clastique (l'orgasme) suivie de détente. Le schéma ainsi décrit est strictement quantitatif.

La question est de savoir si la quantité d'énergie en jeu peut interférer avec le déroulement régulier de ce scénario sans qu'il faille prendre en compte les conflits dans lesquels le Moi pourrait être engagé.

Nous pourrions chercher réponse à cette question dans deux directions différentes, l'une purement énergétique, l'autre traumatique.

a) *L'impuissance par manque d'énergie.*

Trois éventualités, au moins, se présentent.

1. La première, à laquelle Hesnard (1) apporte sa caution, est la plus simple et probablement la plus compréhensible pour tout un chacun : l'impuissance est une fatigue, une déficience tantôt spécifique, tantôt plus globale et qui dépend d'un manque de tonus. L'explication vaut non seulement pour des hommes peu virils, asthéniques, émotifs, aussi fragiles et mous sur le plan sexuel qu'en d'autres domaines, mais encore pour les grands travailleurs ou pour les individus exposés à de lourds tracas et dont on comprend qu'ils ne disposent pas d'énergie pour la « bagatelle ».

2. La deuxième éventualité nous ramène au fonds biologique duquel se dégage progressivement le psychisme. La faiblesse *constitutionnelle* de la libido est nommément citée comme facteur d'impuissance par Loewenstein (1935) pour qui la libido, c'est-à-dire l'énergie psychique d'origine sexuelle, est une quantité variable selon l'individu et dépendante de facteurs biologiques.

3. En troisième lieu, et ceci nous rapproche des points de vue psychogénétiques déjà abordés, l'énergie sexuelle peut se trouver immobilisée en des points de fixation déterminés lors de l'évolution de la sexualité infantile ou de l'aventure œdipienne. Elle n'est donc plus utilisable à des fins orgasmiques.

b) *L'impuissance comme protection contre le traumatisme.*

La quantité d'excitation que peut supporter le psychisme n'est pas illimitée et le trauma psychique n'a pas d'autre définition que celle d'un afflux excessif d'excitation que le Moi ne peut maîtriser.

Pour éviter cette expérience de submersion, le Moi recourt à des défenses dont l'objectif est de juguler l'excitation. Il y parviendrait en bloquant la voie à de nouvelles excitations (le blocage typique est l'évanouissement) ou en leur imposant de rester en deçà d'une quantité critique.

Mais en quoi la sexualité qui fournit le prototype du plaisir peut-elle être concernée par la notion de trauma psychique ?

Répondre à cette question ne nous demande pas de savoir quelles propriétés constitutionnelles ou quelles expériences archaïques ont déter-

(1) Selon Hesnard, le défaut d'énergie peut avoir des origines actuelles : « Nous avons vu principalement certains hommes, à la virilité peu développée, fatigables, parfois émotifs, qui, à la suite d'un échec sexuel accidentel ou déprimés par des soucis, des chagrins, la honte d'une petite infirmité etc., traversent des phases où l'érectivité, expression de la joie de vivre et de la force psychosexuelle, s'amoindrit assez pour les rendre impuissants. Il serait vain de vouloir à tout prix les considérer comme tourmentés, constamment et principalement sur le plan inconscient, par des conflits névropathiques définis ou prédominants » (HESNARD A., 1959, p. 315).

miné la susceptibilité du Moi à l'excitation. Il suffit de savoir que la situation érotique recherchée sous l'aiguillon des pulsions sexuelles (sources de tension) est excitante, c'est-à-dire potentiellement traumatisante. Dès lors, et selon sa tolérance, le Moi pourrait s'effrayer plus ou moins tôt de la montée de l'excitation sexuelle ; il déclencherait dès que nécessaire les inhibitions destinées à arrêter l'excitation et à mettre à l'abri d'un nouveau trauma.

Sur cette base, Mallet (1956) a proposé une classification des troubles sexuels en fonction du moment auquel le Moi interrompt le développement de l'excitation. Ainsi, les troubles pourraient s'ordonner selon une échelle de gravité croissante, les troubles les plus légers étant ceux dans lesquels le blocage est le plus tardif (anorgasmie) alors que dans les troubles les plus graves l'arrêt serait beaucoup plus précoce (suppression du désir sexuel lui-même). L'éjaculation prématurée et l'impuissance érective occuperaient une place intermédiaire entre ces extrêmes.

Notons que cette manière de juger de la gravité du trouble sexuel ne s'accorde nullement à d'autres classifications, basées par exemple sur le degré de régression (1) ou sur la curabilité du trouble (2).

D. Le traitement psychanalytique.

La conviction que l'impuissance résulte d'un problème inconscient entraîne logiquement le recours à la méthode capable d'aménager ce genre de problèmes : la psychanalyse.

Les avantages et les inconvénients, les indications et contre-indications de ce traitement dans les cas d'impuissance sont ceux de la psychanalyse en général.

En considérant avec circonspection les prises de position passionnelles que cette méthode a suscitées, on doit cependant souligner que la psychanalyse a été la seule, durant un demi-siècle, à proposer une vue cohérente de l'impuissance et de son traitement.

Selon O'Connor (cité par Kaplan, 1974), la psychanalyse et les psychothérapies qui en dérivent seraient efficaces dans 57 % des cas d'impuissance secondaire.

Toutefois, l'évaluation de l'efficacité de pareilles méthodes est particulièrement malaisée puisque le but du traitement n'est pas d'abord de supprimer les symptômes mais d'agir sur leurs causes.

(1) Voir par exemple à ce propos, le point de vue de FENICHEL dans *The psycho-analytic theory of neurosis* (1945) ou celui de BERGLER dans *Counterfeit sex*, New York, Grune and Stratton, 1958.

(2) C'est principalement le fait des thérapies sexuelles actuelles.

2. Le courant behavioriste

L'application des théories de l'apprentissage aux troubles de la puissance sexuelle est relativement récente.

Du point de vue de ces théories, l'impuissance érective est une réponse analysable en termes de conditionnement (établissement d'un lien associatif entre deux événements) et de renforcements

- positifs : ils accroissent la probabilité d'apparition de la réponse à laquelle ils succèdent ;
- négatifs : ils accroissent la probabilité d'apparition de la réponse qui permet la suppression ou l'évitement des renforcements négatifs.

L'apprentissage de la réponse « impuissance érective » (qui est l'inhibition d'une réaction vasculaire) peut se faire de plusieurs façons.

1. L'érection n'est pas provoquée par la situation de coït mais par des stimuli étrangers à cette situation. L'exemple le plus communément cité est celui de certaines déviations sexuelles.

2. La situation de coït provoque une autre réponse que l'érection, cette autre réponse pouvant être une réponse anxieuse.

3. L'érection est suivie de renforcements négatifs, ce qui détermine un accroissement de la probabilité d'apparition de réponses (dans ce cas, l'inhibition de l'érection) permettant de supprimer les renforcements négatifs.

4. L'absence d'érection est suivie de renforcements positifs qui accroissent la probabilité d'apparition de la réponse « absence d'érection ».

5. La situation de coït incluant des stimuli aversifs, l'individu se soustrait anticipativement à ces derniers en évitant la situation de coït.

Si l'impuissance est une réponse apprise, les contingences de cet apprentissage peuvent être analysées, évaluées et modifiées. C'est sur le plan de la modification du et par le comportement que s'inscrit le principal apport du courant behavioriste à l'étude de l'impuissance érective.

A l'intérieur de ce courant, nous distinguerons deux points de vue différents. Le premier, de loin le plus connu, est celui que Wolpe a développé à partir de l'hypothèse de l'inhibition réciproque. Le second, soutenu par Asirdas et Beech (1975), envisage le trouble sexuel comme un trouble du lien entre stimulus sexuel et réponse sexuelle.

A. a) L'inhibition réciproque.

Par inhibition réciproque, on désigne l'inhibition qu'exercent l'une sur l'autre deux réponses antagonistes : il est, par exemple, possible de marcher *ou* de courir mais il est impossible de courir *et* de marcher *en même temps*.

De la même manière, il est impossible de produire simultanément une réponse anxieuse et une réponse sexuelle. C'est du moins la thèse qu'a défendue Wolpe (1958).

A l'origine, celui-ci expérimentant sur des chats étudiait les réponses anxieuses conditionnées, réponses qu'il savait particulièrement résistantes aux procédures d'extinction.

Il avait constaté que le lien entre le stimulus et la réponse anxieuse conditionnée s'atténuait lorsqu'il présentait en même temps la nourriture et le stimulus anxiogène. Les réponses « prise de nourriture » et « anxiété » semblaient s'inhiber réciproquement.

Wolpe parvint à supprimer la réponse anxieuse conditionnée en présentant la nourriture *et* le stimulus anxiogène à une dose inefficace, c'est-à-dire à une dose insuffisante pour interrompre la réponse « prise de nourriture ». La répétition de l'expérience avec des doses croissantes mais toujours inefficaces du stimulus anxiogène aboutit à la désensibilisation.

A partir de ces observations, Wolpe en vint à formuler le principe suivant : « *if a response antagonistic to anxiety can be made to occur in the presence of anxiety-evoking stimuli so that it is accompanied by a complete or partial suppression of the anxiety responses, the bond between these stimuli and the anxiety will be weakened* » (p. 71).

Afin de vérifier si ce principe est général, Wolpe chercha d'autres réponses inhibitrices de la réponse anxieuse et étendit son expérimentation à des hommes névrosés, parmi lesquels des impuissants.

Dans sa prospection de réponses inhibitrices de l'anxiété, Wolpe dit avoir été inspiré par l'opposition des systèmes sympathique et parasympathique : des réponses à base largement parasympathique auraient le plus de chance d'être incompatibles avec des réponses anxieuses à prédominance sympathique.

L'ascendance du parasympathique s'observe notamment dans *a)* les réponses « assertives » ; *b)* les réponses sexuelles ; *c)* les réponses-relaxation.

Ce sont donc des réponses appartenant à ces catégories qu'il faudrait utiliser pour contrecarrer la réponse anxieuse et supprimer ainsi le lien conditionnel existant entre elle et les stimuli anxiogènes. Plus précisé-

ment, la réponse sexuelle pourrait être employée afin de lutter contre l'anxiété.

Ce n'est que dans un second temps que Wolpe envisage le trouble sexuel lui-même.

Pour Wolpe, le trouble sexuel résulte de l'inhibition de la réponse sexuelle par une réponse anxieuse conditionnée. Cette conception du trouble sexuel implique que l'impuissant est anxieux — ce que nous discuterons plus loin — et que son anxiété est conditionnée par des stimuli inclus dans la situation de coït. Ce peut être un comportement ou une caractéristique physique de la partenaire aussi bien que le souvenir d'un échec précédent ou la crainte de contracter une maladie vénérienne.

b) Application thérapeutique de la théorie de l'inhibition réciproque.

Pour traiter le trouble sexuel ainsi compris, il faudrait donc empêcher l'apparition de la réponse anxieuse inhibitrice en lui opposant une réponse antagoniste.

Deux cas sont possibles : 1° l'inhibition sexuelle est partielle et une certaine réactivité persiste ; 2° l'inhibition sexuelle est complète.

Dans le premier cas, la réponse anxieuse ayant été conditionnée par certains stimuli sexuels, il est indiqué de choisir une réponse sexuelle comme antagoniste de la réponse anxieuse conditionnée : l'homme sélectionne parmi les situations sexuelles celles qui ne provoquent en lui que des sentiments agréables — ou presque ; ainsi, il ne donne pas aux réponses anxieuses l'occasion d'apparaître. Le lien conditionné entre stimuli sexuels et réponse anxieuse va s'affaiblir au point que la réponse anxieuse ne se produira plus ; la suite de la réponse sexuelle ne sera plus entravée et un fonctionnement adéquat redeviendra possible.

Toutefois, et c'est le second cas, si l'anxiété conditionnée a atteint un très haut degré, elle peut produire une inhibition complète de la réactivité sexuelle comme antagoniste de la réponse anxieuse. Une désensibilisation systématique utilisant la réponse-relaxation comme inhibiteur de la réponse anxieuse sera requise.

Nous ne rappellerons que brièvement le schéma bien connu de la désensibilisation systématique :

1° apprentissage de la relaxation (méthode de Jacobson) en vue de l'utiliser comme réponse antagoniste de la réponse anxieuse ;

2° hiérarchisation des situations anxiogènes ;

3° évocation, sous relaxation, de situations de plus en plus anxiogènes.

Ce schéma de base a connu d'innombrables modifications. L'état de détente antagoniste de l'anxiété est obtenu par injection de briétal (Friedman, 1968), par hypnose (Mirowitz, 1966), par narcoanalyse amphétaminée (Gellman, 1971). L'excitation sexuelle (Bass, 1974), la masturbation (Sue, 1978) peuvent être utilisées comme antagonistes de l'anxiété pathogène. La désensibilisation peut être pratiquée en groupe (Lazarus, 1961). Mais ces variations techniques restent dans le cadre de l'inhibition réciproque.

B. a) Trouble du rapport entre stimulus sexuel et réponse sexuelle.

Au contraire, Asirdas et Beech (1975) partent de bases différentes : ils récusent le rôle indispensable et directement pathogène de l'anxiété et prennent comme référence théorique la loi de la généralisation du stimulus.

Leur hypothèse est la suivante : le trouble sexuel est produit par l'absence de lien approprié entre les stimuli adéquats (stimuli appartenant à la situation de coït) et la réponse sexuelle (l'érection). Asirdas et Beech ne se soucient pas de savoir pourquoi ce lien approprié ne s'est pas établi ou s'est rompu : ils construisent, à partir de cette hypothèse, un modèle thérapeutique conforme aux préceptes du conditionnement.

Ce modèle thérapeutique fut d'abord désigné sous l'appellation de conditionnement classique (Beech et Poole, 1971), puis sous celle de conditionnement positif (Asirdas et Beech, 1975). Ce changement de dénomination n'est pas expliqué. Il est probable que les adjectifs « classique » et « positif » servent à distinguer cette méthode des méthodes aversives d'une part, de la désensibilisation d'autre part.

b) Le conditionnement positif comme traitement.

Il faut 1° découvrir un stimulus efficace, c'est-à-dire provoquant une réponse sexuelle ; 2° étendre cette réponse à un stimulus approprié, c'est-à-dire à un élément qui fait partie du partenaire sexuel.

Les stimuli efficaces (ils produisent une modification des dimensions du pénis) sont choisis par les sujets dans une série de photos pornographiques. Ils servent de stimuli inconditionnels.

Des photos de nus artistiques sont également choisies par les sujets qui en usent comme support à une activité imaginaire impliquant le partenaire sexuel. Ces stimuli complexes — ils sont faits chacun d'une photo *et* d'une fantaisie — servent de stimuli neutres qu'il s'agit de conditionner.

Chaque séance de traitement consiste simplement à paier dix stimuli neutres à dix stimuli inconditionnels.

Au terme du traitement, le partenaire qui, initialement, n'était pas un excitant sexuel, présente la même efficacité que les stimuli inconditionnels auxquels il a été associé.

3. The new sex therapy

L'œuvre de Masters et Johnson (1966, 1970) est un curieux mélange d'observations rigoureuses effectuées selon les méthodes de la psychophysiologie et d'affirmations dogmatiques souvent teintées d'idéalisme. Ces composants ont concouru l'un et l'autre au succès de Masters et Johnson.

Ne se contentant plus de demander aux individus de raconter leurs expériences, Masters et Johnson ont osé provoquer, observer, enregistrer des réactions sexuelles dans la relation réelle entre les partenaires.

Leurs audaces n'auraient peut-être pas été tolérées s'ils ne les avaient inscrites dans le cadre de dogmes idéalistes et ne les avaient exprimées sur un ton pastoral : à l'inverse de ceux qui, hédonistes, révolutionnaires ou pornographes, inquiètent parce qu'ils prônent le plaisir pour le plaisir, Masters et Johnson rassurent parce qu'ils asservissent, sans relâche, le plaisir aux notions morales traditionnelles d'amour et de couple.

A. Positions théoriques.

Leur œuvre s'articule, pour l'essentiel, sur la proposition suivante : la réponse sexuelle est une fonction naturelle qui implique un couple d'individus entre lesquels la communication doit être suffisamment bonne pour que chacun puisse s'abandonner à l'excitation et produire la réponse sexuelle dont il possède en lui le modèle inné.

Cette proposition contient les trois axiomes fondamentaux : 1° la réponse sexuelle est une réponse naturelle ; 2° l'unité à étudier et à traiter est le couple, non l'individu ; 3° l'interaction sexuelle est un moyen de communication.

1. La réponse sexuelle est une réponse naturelle : la réponse sexuelle, comme d'autres fonctions physiologiques telles la respiration ou la digestion, est innée et ne peut être apprise. Elle est toutefois soumise à des influences externes (stimulations érotiques, pressions sociales, qualité de l'environnement) et internes (excitation sexuelle, anxiété, dépression, stress, inhibitions) qui la facilitent ou l'entravent.

L'analyse des facteurs internes, externes et comportementaux permet d'identifier les obstacles à la réponse sexuelle. Ceux-ci connus, il est pos-

sible d'apprendre à les éviter et à développer les conditions d'une réponse sexuelle satisfaisante. L'apprentissage porte donc sur le contexte environnemental, affectif, social, comportemental et non sur la réponse sexuelle elle-même : l'impuissant n'apprend pas à produire une érection mais à se mettre dans des conditions telles qu'elle puisse se produire.

2. L'unité à étudier et à traiter est le couple, non l'individu : ce second dogme repose sur le fait que le couple est le lieu naturel où s'exerce la sexualité. Les corollaires de ce dogme sont considérables.

a) L'activité sexuelle doit être observée dans la relation réelle du couple.

b) Quelles que soient l'origine et l'histoire du trouble sexuel, celui-ci touche inévitablement les deux membres du couple.

c) De ce fait, les deux conjoints sont nécessairement impliqués ensemble et au même titre dans le trouble sexuel dont ils souffrent l'un et l'autre. Masters et Johnson se défendent (1) de formuler ainsi une hypothèse étiologique, le principe de la coresponsabilité des partenaires n'expliquant pas le trouble mais décrivant l'état actuel du couple. Dans ces conditions, le traitement porte obligatoirement sur le couple ; il est littéralement inconcevable de prendre en charge un individu seul, sans partenaire, quitte à lui en déléguer un (*surrogate*) au cas où il n'en possède pas.

d) Le traitement d'un couple doit être pris en charge par un couple de thérapeutes. Les avantages de l'équipe thérapeutique mixte seraient nombreux :

- chaque membre du couple se sent mieux compris et soutenu par son homologue thérapeute ;
- les possibilités d'identification des patients aux thérapeutes sont meilleures ;
- les thérapeutes se contrôlent mutuellement afin que chacun évite d'imposer son système de valeurs au couple traité ;
- l'éventualité d'un inutile attachement amoureux thérapeute-patient est atténuée.

(1) « *This principle of involvement of both partners has been widely misinterpreted. No implication of causality is necessarily intended — it is often apparent that the genesis of one partner's sexual difficulties antedates his / her entrance into the relationship that presents for treatment... However, the functional partner is certainly involved in the problem to extent that he / she may experience sexual frustration, disruption of other areas in the relationship, and reverberations in occupational performance, social patterns, and self- or partner depreciation* ». MASTERS W.H. and JOHNSON V.E. Principles of the New Sex Therapy. *Amer J. Psychiat.*, 133, 548-554 (1976), p. 550.

3. L'interaction sexuelle est un moyen de communication. De cette formulation axiomatique se déduisent une définition, une étiologie et une thérapeutique du trouble sexuel.

a) *Définition* : le trouble sexuel est un trouble de la communication.

b) *Etiologie* : le trouble sexuel peut être provoqué par un trouble de la communication. Si des partenaires ne communiquent pas adéquatement — c'est-à-dire n'émettent ni ne reçoivent les stimuli, les messages qui expriment leur intérêt réciproque, leur réceptivité et leur réactivité —, l'interaction sexuelle est impossible. Cela arrive, par exemple, quand un partenaire adopte un rôle de spectateur (*spectator role*) : guettant les signes d'une réponse sexuelle attendue au lieu de se laisser aller à sa spontanéité, il ne stimule pas l'autre et cesse lui-même d'être excitable. La communication est interrompue, ce qui empêche une activité sexuelle réussie.

c) *Thérapeutique* : améliorer la communication peut contribuer à rétablir un fonctionnement sexuel satisfaisant. Pour atteindre cette fin, Masters et Johnson proposent divers moyens.

1. L'information : elle apporte une connaissance plus exacte, plus étendue du corps, du sexe, du plaisir, des techniques amoureuses, des attentes de chaque partenaire. Elle limite les méfaits de l'ignorance (1), génératrice d'inhibition et de maladresse. Elle favorise, de ce fait, la compréhension mutuelle et la communication.

2. L'échange des points faibles : souvent, la peur de donner prise à l'autre ou de déchoir, ou encore la honte et la culpabilité amènent l'individu à se méfier, à dissimuler, à se taire. Exiger des membres d'un couple qu'ils s'expriment avec sincérité apparaît alors comme une nécessité et comme un moyen d'établir des échanges nouveaux, authentiques à partir desquels se développera une communication confiante et chaleureuse.

3. Les exercices de concentration sensorielle (*sensate focus*) : ces exercices visent à permettre à l'individu de découvrir ou de redécouvrir son corps, sa sensualité dans le contexte de la relation amoureuse. Ils mettent d'abord en jeu le toucher qui est « un important moyen de communication sociale » ainsi que « l'élément médiateur le plus aisé-

(1) L'ignorance en matière de sexe demeure souvent considérable, même chez des personnes instruites. Un psychanalyste pourrait y voir l'œuvre du refoulement. À défaut d'une explication de ce genre, il est difficile de comprendre comment des connaissances élémentaires, même ayant fait l'objet d'un enseignement scolaire, sont fréquemment oubliées, déformées ou employées à mauvais escient.

ment accessible au couple de sujets qui entreprennent de restaurer entre eux les échanges physiques » (Masters et Johnson, 1970, p. 82). L'objectif relationnel du *sensate focus* est premier et ne peut être en aucun cas négligé au profit d'un plaisir érotique immédiat (1).

B. Traitement de l'impuissance érective.

Nous ne reprendrons pas ici le détail de la cure telle que Masters et Johnson (1970) l'exposent dans leur ouvrage « *Human sexual inadequacy* ». Nous en rappellerons seulement les lignes générales ainsi que les particularités inhérentes au traitement du trouble érectif.

Le traitement est intensif, dure quinze jours et a lieu à la clinique ; il implique le couple et se mène par une équipe mixte de thérapeutes.

« Les trois objectifs principaux du traitement sont : éliminer la peur de l'échec, transformer le rôle habituel de spectateur en celui d'acteur ; effacer chez la femme des craintes qu'elle éprouve pour son mari » (p. 184).

Parmi les moyens utilisés, nous noterons, dans leur ordre chronologique, l'interdiction initiale du coït, les exercices progressifs de sensibilisation (interdiction initiale des stimulations sexuelles directes), les manœuvres d'agacement (faire apparaître puis diminuer l'érection par des caresses), l'intromission guidée par la femme occupant la position supérieure, la mise en mouvement de la femme puis de l'homme, et, enfin, la coordination de leur rythme.

En principe, toutes ces manœuvres contribuent à rétablir le fonctionnement naturel de la sexualité en ouvrant la communication et les voies d'excitation réciproque.

Masters et Johnson avouent être déçus par les résultats obtenus dans le traitement de l'impuissance : les taux d'échecs sont de 40,6 % chez les impuissants primaires et de 26,2 % chez les impuissants secondaires. Les deux facteurs les plus péjoratifs sont le conformisme religieux et les tendances homosexuelles.

4. Après Masters et Johnson

Après la psychanalyse, le behaviorisme et la « *new sex therapy* » mastersienne, on assiste plus à une efflorescence de techniques qu'à l'éla-

(1) « We have noted with regret that the technique of *sensate focus* has been introduced out of context countless times by therapists and has been used indiscriminately as means of sexual stimulation, even in public settings where the individual's sexual response has little opportunity of being supported by fulfillment of related needs ». MASTERS W.H. and JOHNSON V.E. *Principles...* Amer. J. Psychiat., 133, 548-554 (1976), p. 554.

boration de théories originales et consistantes. A cet égard, Kaplan (1974) et Ellis (1980) font relativement exception ; nous y reviendrons.

A. La recherche clinique : principales orientations.

Au cours de la dernière décennie, les recherches se sont orientées dans trois directions principales.

a) Diversification des techniques comportementales.

b) Modification du schéma thérapeutique de Masters et Johnson. Le traitement mastersien, impraticable en raison de son dogmatisme, de sa rigidité et de ses conditions d'application, a donné lieu à de nombreuses tentatives d'aménagement. Selon les circonstances, un, plusieurs ou tous les principes thérapeutiques de Masters et Johnson ont été bousculés. Ainsi l'isolement et le traitement intensif en clinique ont été rejetés, tandis que les partenaires de substitution, l'équipe thérapeutique mixte et la prise en charge du couple connaissent des sorts variés. Il reste surtout du traitement mastersien quelques techniques (*sensate focus*) et, plus importants peut-être, un état d'esprit, une mentalité favorisant les initiatives, la liberté et l'observation scientifique.

c) Techniques visant au réinvestissement érotique du corps, à l'augmentation de l'excitabilité sexuelle et à la légitimation des comportements déviants.

B. Apports des travaux postmastersiens.

Un bénéfice indéniable de ce foisonnement d'expérimentations est la mise au point de traitements plus spécifiques : par exemple, on ne traite plus de la même manière l'impuissance érective et l'éjaculation précoce, ce qui implique que l'on distingue ces troubles au lieu de les confondre comme autrefois en insuffisances sexuelles toutes passibles du même traitement.

Un autre bénéfice résulte de l'élargissement de l'arsenal thérapeutique ; la multiplication des méthodes offre des alternatives utiles lorsqu'un premier traitement a échoué ou lorsqu'un schéma thérapeutique est inapplicable. Une meilleure connaissance des indications et contre-indications de chaque technique reste à acquérir et constituerait un progrès sensible.

Quant à la déculpabilisation de la sexualité, elle semble avoir des conséquences plus ambiguës : au soulagement salutaire qu'elle a pu apporter s'oppose la pression du nouveau mythe qu'elle engendre, celui de la sexualité libre, agréable, « performante ». Selon certains (Ginsberg *et al.*,

1972), cette pression exerce les mêmes effets néfastes que les contraintes traditionnelles dénoncées par les mouvements libérateurs contemporains.

Enfin, sous l'impulsion de ceux-ci se perpètrent des transgressions dont la plus fondamentale enfreint l'interdit des rapports sexuels entre thérapeute et patient. Dans la même foulée, s'inscrit l'utilisation du corps du thérapeute — voire de l'enseignant — à des fins pédagogiques ou stimulantes. Progrès révolutionnaire aux yeux des uns, signe de décadence pour les autres, l'implication physique du thérapeute dans sa relation au client n'est pas généralisable et il faudra du temps pour que les effets de semblables pratiques soient justement évalués.

C. **Essai de synthèse autour d'un concept psychosomatique de l'impuissance :**
H.S. Kaplan.

Paru quatre ans après « *Human sexual inadequacy* », l'ouvrage de H. Kaplan, « *The new sex therapy* » (1974) est le premier travail d'une certaine ampleur à vouloir concilier les diverses tendances de la sexologie.

Le principe de cette conciliation est l'éclectisme fondé sur la « bonne science » et le bon sens : critiquant les excès dont se sont rendus coupables — selon elle — tous ses prédécesseurs, Kaplan prend les concepts et les techniques qui lui conviennent là où elle les trouve.

Ainsi, avec la psychanalyse, elle reconnaît le rôle des conflits inconscients dans la genèse de certains troubles sexuels mais n'admet pas que seuls de tels conflits puissent produire l'impuissance. Kaplan souligne aussi que la psychanalyse n'explique pas *comment* un conflit psychique produit un trouble physiologique (inhibition des réflexes de l'érection).

Kaplan manifeste le même intérêt et formule les mêmes griefs à l'égard des théories relationnelles qui rendent compte de certaines causes médiatees d'impuissance sans être à même de définir le mécanisme précis du trouble.

Enfin, le behaviorisme, auquel Kaplan emprunte le pivot de sa propre théorie (effets de l'émotion), n'échappe pas à la critique : le behaviorisme explique comment le trouble sexuel s'exprime, mais il n'est qu'une approche limitée si ce n'est bornée du trouble sexuel lui-même.

Kaplan voit un moyen de synthétiser les aspects les plus enrichissants des théories en place en les organisant dans le cadre d'une théorie psychosomatique de l'impuissance (nous avons brièvement discuté plus haut le bien-fondé de l'emploi du terme « psychosomatique »).

Cette théorie postule que l'impuissance est toujours produite par l'émotion (1) et que chez certains hommes existe une vulnérabilité particulière de l'organe génital aux agressions émotionnelles.

Sur cette base, n'importe quel facteur d'impuissance défini par l'une ou l'autre école (culpabilité œdipienne, mésentente avec la partenaire, conditions défavorables) est source de stress ou d'anxiété générateurs de modifications physiologiques, lesquelles inhibent l'érection.

Les options thérapeutiques sont directement dérivées de cette conviction. Kaplan se libère, par conséquent, des impératifs mastersiens (traitement intensif du couple par un couple de thérapeutes) et choisit les techniques qu'elle juge capables d'éviter le déclenchement du processus psychosomatique pathogène.

L'interdiction initiale du coït et de l'éjaculation, la maîtrise de la peur de l'échec par la répétition des phases d'érection et de flaccidité, la lutte contre les idées obsédantes agissant comme des distracteurs, la permission d'être « égoïste », c'est-à-dire de se préoccuper de son propre vécu avant de se soucier du plaisir du partenaire, sont des techniques qui réduisent le stress et rendent possibles les derniers exercices qui, selon Kaplan, aboutissent à un coït complet.

D. Le point de vue cognitiviste : A. Ellis.

Le cognitivisme étudie l'influence du système conscient, intellectuel, idéique (*Belief system*) sur les réactions de l'individu aux événements dont il prend connaissance. Certaines des idées qui constituent le système de croyances sont invérifiables, injustifiées et en opposition avec les buts que poursuit consciemment l'individu. Eliminer de telles idées est l'objectif que se fixe la thérapie d'inspiration cognitiviste.

La conceptualisation cognitiviste de l'impuissance érective et les corollaires thérapeutiques qui en dérivent (définition des objectifs, choix des techniques) trouvent une forme achevée chez A. Ellis.

Nous lui emprunterons littéralement la description de son modèle théorique, tandis que nous sélectionnerons quelques-unes des techniques qui paraissent les plus susceptibles d'illustrer l'originalité du traitement.

a) *Modèle théorique.*

Les quelques lignes suivantes expriment clairement le point de vue d'Ellis : « *At point A (Activating Experience or Activating Event), a*

(1) « *Impotence may be conceptualized as a psychophysiological disorder, or, more precisely, the physiological concomitant of emotional arousal. Its essence lies in the failure of the physiological reflexes which produce the erection to function properly when the patient is under stress* », KAPLAN H.S. *The new sex therapy*, pp. 263-264.

male has the opportunity to have sex, and at point C (emotional and behavioral Consequence), he feels anxious and fails to get an erection. He... wrongly believes that A causes C — that the pressure of going to bed with a desirable partner « causes » him to feel anxious and to fail. Actually, the more direct and « real » cause is B — his Belief System about what happens at A.» (1980).

Certaines de ces croyances (*Belief*) sont rationnelles parce qu'elles ne contrarient pas la réalisation des projets que l'individu se donne. Elles engendrent éventuellement le regret ou la frustration mais non l'anxiété pathogène.

D'autres croyances sont irrationnelles en ce qu'elles contribuent à l'échec des projets ; elles incluent des suppositions et des conclusions qui ne peuvent être confirmées empiriquement et vont au-delà de la réalité.

Ainsi serait-il rationnel de penser : « Je n'aime pas échouer. Comme c'est frustrant de ne pas maintenir une érection ! » Alors qu'il serait irrationnel de se dire : « Je ne *dois* pas échouer. Ce serait terrible. Je ne peux le supporter. Je suis condamné à toujours échouer ». Pour Ellis, il est rationnel et inoffensif de souffrir, d'être frustré, alors qu'il est irrationnel et néfaste de se sentir anxieux ou de se croire condamné à l'échec. Au surplus, dans le premier cas (croyance rationnelle), c'est l'échec qui empêche d'accéder au plaisir tandis que dans le second cas, c'est la croyance irrationnelle qui provoque l'anxiété pathogène inhibitrice de l'érection.

On comprend dès lors l'importance que la *Rational-Emotive Therapy* (RET) accorde à la correction des idées et des affects jugés inappropriés.

b) *Traitement.*

Selon Ellis, le traitement — souvent difficile — de l'impuissance érective requiert des interventions variées, vigoureuses et répétées. Les diverses techniques de traitement empruntées aux méthodes cognitivistes, comportementales et sexologiques doivent contribuer à réduire les idées irrationnelles pathogènes au profit d'idées rationnelles adéquates.

Certaines de ces techniques sont donc exploitées à des fins différentes de celles pour lesquelles elles avaient été conçues. Ou, du moins, leur action est interprétée en d'autres termes, à d'autres niveaux. Par exemple, l'information, la démystification, les exercices sensoriels, préconisés par Masters et Johnson en vue d'améliorer la communication, seront employés par Ellis afin de libérer l'individu d'idées fausses, irrationnelles ou inopportunes. Un autre exemple est celui de l'immersion *in vivo* dont les comportementalistes escomptent une réduction de l'anxiété, alors qu'Ellis y voit le moyen d'apprendre très rapidement à l'homme que l'échec n'est pas insupportable.

Une pièce maîtresse de la *Rational-Emotive-Therapy* (RET) est la discussion des croyances irrationnelles. Cette discussion passe par plusieurs étapes et vise plusieurs niveaux. Il faut d'abord démontrer à l'individu que ses croyances irrationnelles créent et entretiennent le trouble érectif. Il faut ensuite l'aider à critiquer puis à abandonner ces croyances irrationnelles. Par exemple, à propos des croyances « Je dois réussir l'acte sexuel » et « Je ne peux supporter l'échec », il faut amener l'homme à se poser les questions « Où est-il dit que je dois réussir l'acte sexuel ? » et « Pourquoi ne pourrais-je supporter l'échec ? ». Une telle discussion, si tout se passe bien, produit de nouveaux effets :

- *effets cognitifs* : l'homme remplace ses croyances irrationnelles par les idées rationnelles suivantes : « Rien n'oblige à réussir l'acte sexuel » et « Je peux supporter l'échec » ;
- *effets émotionnels* : des sentiments appropriés de déception ou de tristesse apparaissent à la place de l'anxiété et de la dépression ;
- *effets comportementaux* : l'impuissant poursuit ses expériences sexuelles au lieu de les éviter.

Un autre exemple de technique utilisée dans le cadre de la *Rational-Emotive-Therapy* est la *Rational-Emotive-Imagery* : cette technique consiste à faire imaginer à l'impuissant ce qui pourrait lui arriver de pire et à provoquer ainsi l'anxiété, la dépression inhérentes à une telle situation. L'impuissant doit alors travailler ces affects de manière à se sentir déçu ou peiné plutôt qu'anxieux ou déprimé. Cet exercice sera répété jusqu'à ce que la transformation de la dépression en déception se fasse automatiquement lorsque l'échec sexuel est évoqué.

Aux exemples précédents qui illustrent, l'un la correction des croyances, l'autre la transformation des effets, nous ajouterons celui d'une technique de modification du comportement : l'immersion *in vivo*. Plutôt que d'interdire le coït ou de conseiller une approche prudente des actes sexuels, Ellis pense qu'il est préférable de confronter intensivement l'impuissant à la situation redoutée. Selon lui, plus l'impuissant prend le risque d'échouer, plus vite il se rend compte que l'échec n'est pas insupportable et moins il est inhibé par la peur de l'acte.

Ces techniques — et bien d'autres (façonnement de comportement, exercices de prise de risques, informations, démystification, réconfort...) — quelles que soient leurs origines, ont en commun d'être exploitées en vue d'amener l'individu à considérer l'acte sexuel et ses aléas de manière rationnelle.

Au-delà des similitudes de techniques, ceci distingue radicalement la *Rational-Emotive-Therapy* :

- des thérapies comportementales qui visent à déconditionner l'impuissant rendu anxieux par un stimulus conditionnel, ou à le conditionner face à des stimuli jugés adéquats ;
- des thérapies d'inspiration mastersienne dont le but est de rétablir une communication, une détente favorable à l'expression de schémas innés.

5. Commentaires

Une critique générale des théories évoquées déborde largement le cadre de notre travail.

Nous voudrions cependant tenter d'indiquer les axes essentiels qui distinguent ces théories ainsi que leurs points principaux de rencontre, et ceci dans les limites que nous nous sommes fixées : celles de l'impuissance érective.

Nous envisagerons ensuite quel sort chacune d'entre elles réserve à l'anxiété : la place accordée à cette variable nous paraît être un des meilleurs témoins de l'organisation des systèmes théoriques destinés à rendre compte du dysfonctionnement sexuel.

A. Confrontation des points de vue théoriques et des approches thérapeutiques.

Non sans audace, Freud et ses disciples proposèrent que l'impuissance — plus souvent inhibition que symptôme — est, d'une quelconque manière, utile à l'impuissant. Elle le protège d'un excès d'excitation, lui évite des amours coupables ou témoigne de son attachement à d'autres plaisirs. Elle est donc produite par l'impuissant lui-même. De ce point de vue, l'impuissant n'est plus l'asthénique, le malade, l'envoûté ou l'ascète que la médecine, la magie ou la religion supposaient. Il n'est pas victime innocente mais auteur et bénéficiaire de son trouble sexuel. Pour invraisemblable qu'elle puisse paraître à l'impuissant, cette opinion a été maintes fois vérifiée.

La cure psychanalytique paraissait toute indiquée dans ce genre de trouble sexuel et déjà Ferenczi (1908) n'hésitait pas à affirmer qu'elle est seule capable de guérir les cas d'impuissance grave. Le succès thérapeutique est assuré non par l'attaque du trouble, mais par le travail qui s'effectue lors de l'analyse et qui porte sur les causes « profondes » des souffrances et des troubles.

La psychanalyse va perdre son hégémonie à la fin des années 1950, époque où s'opère un changement radical. Quels que soient les différends qui les opposent, behavioristes, sexologues, cognitivistes, s'entendent sur la nécessité — et sur la légitimité — de considérer le trouble sexuel comme une entité en soi et de le soigner sans égard pour les conflits

sous-jacents, pour les problèmes anciens ou pour la psychopathologie dont il pourrait être l'expression.

Parmi la nouvelle génération de thérapeutes, c'est sans doute à Masters et Johnson (1976) qu'il revient d'avoir formulé le plus nettement cette position : « *Perhaps the most significant departure from past psychotherapeutic dogma was our contention that sexual dysfunction is not necessarily a symptom of underlying psychopathology. In 1958, it was almost universally believed that if underlying psychopathology could be identified and treated successfully, symptoms of sexual inadequacy would automatically be resolved, since they were only surface manifestations of a more deeply rooted neurotic or psychotic process. We have never denied that sexual dysfunction may be a symptom of underlying psychopathology, but we do believe most emphatically that sexual inadequacy is an entity all its own at least as often as it is a symptom of severe psychopathology* » (p. 552).

Tous les tenants de cette concentration des efforts thérapeutiques sur le symptôme en vinrent à soutenir que la guérison du symptôme pouvait avoir un effet bénéfique sur la psychopathologie qui l'aurait produit (1).

Au-delà de ces points d'accord, behaviorisme, thérapies sexuelles et cognitivisme divergent de bien des manières.

Le behaviorisme — comme la psychanalyse — est une théorie générale dont un des champs d'application est l'impuissance érective conceptualisée comme un défaut d'apprentissage et traitée en conséquence. Les méthodes mises au point par les behavioristes inspireront largement Masters et Johnson, puis Kaplan, tous ces thérapeutes cherchant à atténuer l'anxiété pathogène. Il faut toutefois souligner que ni Masters et Johnson ni Kaplan ne proposent de systèmes psychologiques généraux ; ils se centrent sur la sexualité : Masters et Johnson se distinguent par une philosophie particulière de la vie amoureuse, tandis que Kaplan reprend à son compte — en essayant d'y intégrer vaille que vaille d'autres éléments — l'explication behavioriste de l'antagonisme anxiété-érection.

Enfin, le cognitivisme adopte une hypothèse et une stratégie tout à fait contradictoires de celles des behavioristes et sexologues : c'est ce que pense l'individu des situations qu'il rencontre qui détermine ses réactions. Il ne s'agit plus, dès lors, d'éviter l'anxiété mais au contraire

(1) « *We also had a strong clinical feeling that when the sexual inadequacy was obviously a symptom of existing psychopathology, real psychotherapeutic gain might result from a direct approach to symptom removal. This position is directly antithetical to the idea that symptoms should not be approached directly because their persistence serves the useful purpose of keeping the patient in therapy* » MASTERS W.H. and JOHNSON V.E., 1976, p. 552.

de l'affronter de manière à en avoir une vision plus rationnelle, plus juste. La tactique utilisée emploie des moyens bien connus des autres thérapeutes mais ils prennent ici une orientation différente et servent un objectif opposé.

B. L'anxiété.

Dans les écrits et les discours des sexologues, l'anxiété est souvent évoquée comme la réalité première sur laquelle toutes les théories s'accordent. Pourtant ce consensus n'est que façade : l'angoisse de castration, la peur de l'acte, la réponse anxieuse conditionnée, l'anxiété psychosomatique ne sont identiques ni dans leur nature ni dans leurs effets ; elles ne fondent ni ne légitiment les mêmes stratégies thérapeutiques.

En suivant Freud, puis Wolpe, Kaplan et enfin Masters et Johnson et Ellis, nous distinguerons quatre conceptions différentes du rôle de l'anxiété dans la genèse de l'impuissance.

1. Dans la seconde théorie freudienne de l'angoisse, celle-ci est un signal qui avertit le Moi d'un danger et le presse de mobiliser ses forces en vue d'assurer sa défense. Elle n'apparaît que si le Moi est pris en défaut ou au dépourvu. Si, au contraire, le Moi s'est entouré des précautions suffisantes, l'angoisse n'a pas de raison d'être. Les mécanismes de défense ne la visent pas directement mais en préservent le Moi dans la mesure où ils ont atteint leur but qui est de neutraliser la menace.

Chez l'impuissant, l'exercice de la sexualité expose au danger — celui d'être châtré, par exemple — en raison de la nature coupable ou sur-excitante de l'activité sexuelle. Lorsque la tension sexuelle monte, l'angoisse peut surgir afin de rappeler au Moi ce qu'il risque à se laisser aller à des plaisirs répréhensibles. Pour assurer sa protection, le Moi inhibe la fonction sexuelle. Le danger d'être puni est alors écarté et l'angoisse devient superflue. Une fois le système défensif installé, l'inhibition de la fonction sexuelle intervient préventivement et épargne la production de l'angoisse-signal.

Cette théorie freudienne de l'angoisse accorde donc plus d'importance à l'angoisse virtuelle qu'à l'émotion anxieuse actuelle.

2. A la suite d'un apprentissage, les stimuli érotiques déclenchent, selon Wolpe, une réponse anxieuse à la place de la réponse sexuelle attendue. Comme il est impossible de produire deux réponses à la fois — surtout si elles sont physiologiquement incompatibles — la réponse sexuelle ne pourra apparaître. Dès lors, la véritable cause de l'impuissance n'est pas spécifiquement l'anxiété mais l'apprentissage malheureux d'un lien entre les stimuli érotiques et une réponse autre que la réponse

sexuelle. L'homme est victime d'une faute d'apprentissage, non de l'anxiété.

D'un point de vue théorique, l'anxiété n'est pas essentielle au fonctionnement du mécanisme d'inhibition réciproque : elle n'en est qu'un des facteurs remarquables.

3. Pour expliquer qu'un excitant sexuel ne déclenche pas le réflexe érectif, il ne suffit pas de découvrir l'étiologie de l'inhibition. Il faut encore rendre compte, dit Kaplan, du mécanisme pathogène et démontrer comment, par quelle voie, par quel intermédiaire le facteur étiologique supposé — les désirs incestueux, par exemple — inhibe la réponse réflexe. L'anxiété joue ce rôle d'intermédiaire. L'enchaînement est le suivant : le facteur étiologique provoque l'anxiété dont les corrélats physiologiques inhibent l'érection. L'anxiété sert de pont entre le psychique et le somatique, elle est un maillon indispensable à la théorie psychosomatique que propose Kaplan. Si l'anxiété n'est pas présente dans tous les cas d'impuissance — le trouble érectif peut être provoqué par la distraction (pensées obsédantes), par le dégoût — elle en est néanmoins l'agent pathogène principal et son rôle inhibiteur n'est pas discutable.

4. L'anxiété distrait l'homme de l'érotisme. L'homme qu'envahit la peur de l'acte focalise son attention sur son propre corps, guette son érection, s'observe ; il perd sa spontanéité, devient insensible aux stimuli émis par sa partenaire, développe des idées irrationnelles paralysantes, évite les situations érotiques. Ellis rejoint Masters et Johnson sur cette interprétation du rôle de l'anxiété (l'anxiété est un distracteur). Pour ces auteurs, l'antagonisme entre anxiété et érection est moins fondé sur le principe de l'inhibition réciproque opposant deux réponses neurovégétatives concurrentes ou sur la conception psychosomatique d'une anxiété directement inhibitrice de la fonction sexuelle que sur l'indisponibilité psychique de l'individu anxieux.

A partir d'ici notre réflexion peut s'ordonner autour des trois questions suivantes.

1. L'anxiété est-elle nécessairement présente chez l'impuissant ?
2. L'anxiété a-t-elle un rôle nécessairement pathogène ?
3. L'anxiété est-elle toujours préalable à l'impuissance ?

1. *L'anxiété est-elle nécessairement présente chez l'impuissant ?*

L'anxiété sous la forme d'une réponse comportementale et neurovégétative est, dans la grande majorité des cas, un présupposé nécessaire

à la conceptualisation, à l'analyse et au traitement de l'impuissance tels que les envisagent Wolpe et Kaplan.

Ce point de vue est cependant insoutenable dans les cas où il n'existe pas d'anxiété *observable* (le behaviorisme, la psychophysiologie ne peuvent se référer à autre chose). C'est pourquoi les behavioristes Asirdas et Beech (1975) ont estimé nécessaire d'élaborer une autre approche : « *Positive conditioning, ..., makes no assumptions concerning the role of anxiety and, consequently, avoids a theoretical problem posed by sexual dysfunction in cases where anxiety is clearly non implicated* » (p. 345).

Pour Asirdas et Beech, le trouble résulte d'un défaut de lien adéquat entre les stimuli sexuels et les réponses sexuelles ; l'anxiété n'est pas nécessaire à l'explication de ce défaut d'apprentissage.

La présence de l'émotion anxieuse n'est pas davantage nécessaire aux diverses théories psychanalytiques de l'impuissance, et si des sexologues tels Masters et Johnson ou Ellis voient dans l'anxiété un facteur important, ils lui reconnaissent toutefois un rôle moins crucial que Wolpe ou Kaplan.

Nous ne pouvons qu'acter ces divergences d'opinions, tout en nous demandant si un meilleur accord existe quant au rôle directement pathogène de l'anxiété (lorsqu'elle est présente).

2. Notre deuxième question sera donc : lorsqu'elle est présente, l'anxiété a-t-elle un rôle nécessairement et directement pathogène ?

Pour la majorité des sexologues, la réponse à cette question est affirmative depuis que Wolpe a répandu la thèse de l'antagonisme des réponses anxieuses à dominante sympathique vis-à-vis des réponses sexuelles contrôlées par le parasympathique.

Freud et d'autres psychanalystes avaient pourtant soutenu, d'une part, que la peur n'était pas la vraie cause de l'impuissance et, d'autre part, que l'anxiété pouvait avoir un effet excitant plutôt qu'inhibiteur. Sur le premier point, Ferenczi (1) et Freud (2) se sont montrés par-

(1) « Je fus amené à supposer que l'impuissance n'était pas déterminée par la « peur », mais par des processus mentaux inconscients à contenu bien défini, dont les racines remontaient à la première enfance, probablement un désir sexuel infantile qui, au cours du développement culturel, est devenu impossible et même impensable ». FERENCZI S., 1908, trad. fr. p. 40.

(2) « ... si le malade voit, à plusieurs reprises, se renouveler sa défaillance, il établit bien un rapport, mais ce dernier, suivant une association erronée bien connue, attribue les échecs au souvenir de la première tentative ratée, souvenir qui en tant que représentation angoissante perturbatrice a entraîné leurs répétitions, et il met sur le compte d'une impression « fortuite » la première défaillance ». FREUD S. *Beiträge zur Psychologie des Liebeslebens II Über die allgemeinste Erniedrigung des Liebeslebens*, 1912, trad. fr. p. 11.

ticulièrement clairs, tandis que Freud (1905) exprimait sans ambiguïté que « tous les processus affectifs ayant atteint un certain degré d'intensité, y compris le sentiment d'épouvante, retentissent sur la sexualité... (et) peuvent faire éclore des manifestations sexuelles » (p. 103).

Dans cette perspective, Loewenstein (1935) considérait que la notion d'émotion comme facteur d'inhibition « ne la (la psychanalyse) satisfait pas, étant donné que des rapports sexuels parfaitement réussis sont accompagnés ou précédés des émotions les plus vives » (p. 565).

Ces opinions pourraient être négligeables pour les tenants d'une psychologie plus objective, si certains travaux bien contrôlés ne venaient au secours de la psychanalyse.

Ainsi de l'hypothèse de Wolpe qu'ils se proposent de tester, Hoon *et al.* (1977) déduisent deux hypothèses prédictives :

a) lorsqu'un sujet excité sexuellement par une scène érotique voit ensuite une scène angoissante, son excitation sexuelle diminuera davantage et plus rapidement que s'il voyait une scène neutre ;

b) lorsqu'un sujet est stimulé par une scène angoissante, il réagira moins et moins vite à une scène érotique que si cette scène était précédée d'une scène neutre.

Afin de vérifier la valeur de ces formulations, des séquences variables de stimuli érotiques, anxiogènes et neutres sont présentées à sept femmes volontaires.

Au terme de l'expérimentation, les hypothèses prédictives ne sont que partiellement confirmées : l'excitation érotique initiale est effectivement inhibée par la stimulation subséquente de l'anxiété. Par contre, l'excitation sexuelle est *plus forte* si elle suit la stimulation de l'anxiété, ce qui est évidemment en contradiction avec la théorie de Wolpe et s'accorde bien avec l'idée freudienne du retentissement que peut avoir sur la sexualité tout processus affectif d'une certaine intensité.

D'une autre manière, Kockott *et al.* (1975) mettent en doute le lien étroit entre impuissance et anxiété : ils observent, en effet, que la réduction de l'anxiété ressentie subjectivement dans les situations érotiques ne s'accompagne pas d'une amélioration parallèle de l'impuissance.

Ces arguments portent un coup sévère aux théories trop exclusivement fondées sur l'antagonisme systématique entre anxiété et érection.

Ils font aussi une place à ces hommes qui trouvent dans l'angoisse un piment supplémentaire plutôt qu'une entrave.

3. Une dernière question se pose quant au rapport temporel entre l'impuissance et l'apparition de l'anxiété. Nous formulons ainsi cette ques-

tion : dans le cas où l'impuissant que nous observons est anxieux, *son anxiété est-elle préalable à l'échec sexuel ou consécutive à celui-ci ?*

Il n'y a pas de réponse générale à cette question et les distinctions que proposent Cooper d'une part, Ellis d'autre part, orientent vers une analyse plus fine du phénomène observé. Cooper (1969a) distingue deux types d'anxiété.

a) L'anxiété dont l'apparition est étroitement liée dans le temps au premier ou à un des premiers échecs.

b) L'anxiété qui se développe des mois ou des années après le début des troubles de la puissance. Cooper met ainsi en garde contre l'interprétation trop univoque qui est parfois faite de l'anxiété chez l'impuissant.

Ellis (1980), quant à lui, tente d'expliquer que si l'échec peut être provoqué par l'anxiété, il peut aussi l'engendrer. Ellis distingue donc l'anxiété primaire déclenchée par les pensées irrationnelles, et l'anxiété secondaire créée à partir du trouble érectif. Il décompose l'anxiété secondaire en deux catégories :

a) *ego anxiety* : celle-ci se développe à partir du sentiment d'incompétence éprouvé lors des échecs ;

b) *discomfort anxiety* : elle fait partie de l'impression globale que la vie est trop lourde à qui échoue et est, primitivement, anxieux.

Ces distinctions forcent à admettre que l'anxiété cliniquement présente chez l'impuissant peut être composite ou de nature différente selon les cas. Elle ne se prête pas, dès lors, aux analyses ou aux traitements trop systématiques.

C. L'efficacité thérapeutique.

L'efficacité thérapeutique des méthodes qu'inspirent les diverses théories de l'impuissance pourrait être un guide utile dans le débat qui entoure ces dernières. La vérification des hypothèses par leur application est en effet une procédure scientifique ordinaire. Encore faut-il, pour qu'elle soit probante, que certaines conditions soient réunies. Ce ne semble pas être le cas dans le domaine étudié, trop de variables n'étant ni isolées, ni contrôlées de façon suffisante.

Nous savons, par exemple, combien l'impuissance érective peut fluctuer spontanément mais nous ne possédons pas les moyens de reconnaître ces fluctuations spontanées ; nous ne pouvons donc décider si les changements observés au cours du traitement sont dus à celui-ci ou procèdent de l'histoire naturelle du trouble érectif.

Par ailleurs, les variables extérieures au traitement sont nombreuses et généralement incontrôlables ; elles peuvent avoir joué un rôle pathogène essentiel, jouer encore un rôle péjoratif ou au contraire intervenir de façon bénéfique sans que nous les connaissions ni les maîtrisions.

Enfin, il est rarement possible, lors d'un traitement, d'identifier la variable efficace, le véritable agent thérapeutique et son mode d'action. Le traitement est en effet un ensemble, une relation qui unit le patient au thérapeute avec ce que chacun représente pour l'autre, avec ce que chacun est et possède, avec ce que la relation véhicule de rationnel mais aussi d'implicite et d'inconscient.

Dans ces conditions, il ne paraît pas raisonnable d'attendre de l'efficacité thérapeutique observée qu'elle nous renseigne sur la valeur des théories qui sous-tendent les méthodes utilisées.

Toutefois, nous pourrions prendre le parti de laisser en suspens la discussion théorique pour ne nous soucier que de la confrontation des résultats enregistrés par les divers traitements. Notre objectif serait alors d'apprécier l'efficacité respective des traitements et non de vérifier la validité des formulations théoriques.

Mais, à ce niveau plus pragmatique, nous nous heurtons à la rareté des données comparables. Nous allons évoquer succinctement quelques-uns des facteurs qui rendent compte de cette rareté.

1. Les échantillons ne sont pas constitués suivant les mêmes critères cliniques, psychologiques, sociaux. Si, dans un échantillon, les impuissants érectifs et les éjaculateurs précoces sont confondus (Cooper, 1969b), les résultats obtenus dans l'ensemble de cet échantillon ne sont pas comparables à ceux que l'on obtiendrait dans un groupe « pur » d'impuissants ou dans un groupe « pur » d'éjaculateurs précoces. De même si l'on traite le tout-venant ou si, comme Jones *et al.* (1972), on n'accepte pas les psychotiques, les homosexuels, les patients qui souffrent de désordres caractériels, les couples qui ne sont pas capables de coopérer.

2. Les échantillons sont souvent de petite taille : sur vingt publications couvrant la période de 1957-1975, quatre ont trait à un seul sujet, deux autres (dont le travail princeps de Wolpe, 1958) portent sur moins de quatre sujets et deux seulement atteignent la centaine (Masters et Johnson, 1970 ; Servais *et al.*, 1975).

3. Le choix d'un certain type de thérapie ou d'un thérapeute nommé peut traduire des motivations dont l'incidence sur l'évolution du trouble n'est pas à négliger. Le couple qui traverse les Etats-Unis pour être soigné par Masters et Johnson, au prix d'un lourd investissement

affectif et financier, dispose peut-être d'autres chances de succès que l'homme qui consulte seul et sans goût un thérapeute dont il attend une prescription médicamenteuse.

4. Les facteurs culturels sont inégalement favorables à chaque mode de thérapie. Des méthodes applicables en Californie ne le sont pas nécessairement en Europe, et l'expansion des thérapies sexuelles rencontre sur le vieux continent (surtout dans les pays latins) des obstacles qu'elle ne connaît guère aux USA ; ainsi, les résultats obtenus en un lieu ne sont pas toujours reproductibles ailleurs.

5. La gravité du trouble est inappréciable, la notion même de gravité étant indéfinie. En effet, la gravité peut s'entendre en termes de fréquence (échec permanent ou occasionnel), de généralité (impuissance globale ou élective), de curabilité, d'organisation libidinale (degré plus ou moins profond de régression, d'inhibition). Dans un échantillon, la proportion respective de cas graves et de cas légers — quelle que soit la dimension utilisée pour établir le jugement de gravité — n'est pas sans incidence sur les résultats thérapeutiques.

6. Les thérapeutes ne disposent pas de critères conventionnels pour apprécier les résultats. Ainsi, à côté du classement dichotomique échec-succès, on trouve des classements tenant compte des cas d'abandon du traitement.

7. L'association de plusieurs agents thérapeutiques (chimiothérapie, relaxation, désensibilisation, psychothérapie verbale...) ne permet pas de faire la part de ce qui revient à chacun d'eux.

8. Le moment de l'évaluation (à la fin du traitement ou à un moment quelconque postérieur à la fin du traitement) n'est pas fixe. Or, il n'est pas rare qu'un bon résultat acquis rapidement s'évanouisse aussi rapidement.

9. L'objet de l'évaluation diffère. Celui-ci peut être le défaut d'érection mais il est parfois beaucoup plus large, notamment pour le psychanalyste.

Dans ces conditions, et comme Cooper (1971) le soulignait, faire une évaluation comparative des divers traitements est hasardeux ou impossible. Toutefois, quelques essais contrôlés permettent une meilleure approche de cet épineux problème.

Ansari (1976) répartit 65 impuissants en trois groupes ; les sujets du premier groupe reçoivent de l'Oxazépam ; les sujets du second groupe sont soumis à une thérapie inspirée de Masters et Johnson, tandis que les sujets du dernier groupe ne reçoivent aucun traitement mais se voient

- MASTERS W.H., JOHNSON V.E. *Human sexual inadequacy*. Boston, Little, Brown and Co., 1970. Traduit de l'américain par Chazelas F. et Zolotoukhine S. *Les mésaventures sexuelles*. Paris, Laffont, 1971.
- MASTERS W.H., JOHNSON V.E. Principles of the new sex therapy. *Amer. J. Psychiat.*, 133, 548-554 (1976).
- MATHUS R.S. Patterns of psychiatric breakdowns in soldiers exposed to high altitudes. *Antiseptic*, 68, 415-424 (1971).
- MENNINGER K.A. Impotence and frigidity from the standpoint of psychoanalysis. *J. Urol.*, 34, 166-183 (1935).
- MIROWITZ J.M. The utilisation of hypnosis in psychic impotence. *Brit. J. med. Hypnot.*, 17, 25-32 (1966).
- MISES R. Troubles névrotiques de la sexualité. *Encyclopédie médico-chirurgicale* 37390 A10, pp. 1-10, 1964.
- MORMONT C. Impuissance érective, symptôme aspécifique. *Feuillets psychiat.* Liège, 13, 5-11 (1980).
- MORMONT C. Etude psychologique de l'impuissance érective au moyen du Rorschach, thèse de doctorat en psychologie. Université de Liège, 1983.
- PASINI E. Traitements psychothérapeutique et pharmacothérapeutique associés dans la thérapie de l'impuissance psychologique. *Praxis*, 67, 1185-1188 (1978).
- SERVAIS J.F., MORMONT C., LEGROS J.J. L'impuissance : aspects diagnostique et thérapeutique. *Rev. Méd. psychosom. Psychol. méd.*, 18, 263-269 (1975).
- SUE D. Masturbation in the *in vivo* treatment of impotence. *J. behav. Ther. exp. Psychiat.*, 8, 75-76 (1978).
- TALKINGTON P.C. Impotence and frigidity : an overview. *W. Va med. J.*, 67, 25-30 (1971).
- WILSON G.T. Alcohol and human sexual behavior. *Behav. Res. Ther.*, 15, 239-252 (1977).
- WOLPE J. *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Stanford, Stanford University Press, 1958.
- ZIZIC V., FRIDMAN V., DESPOTOVIC A. Treatment of impotence in alcoholics. *An. Bolnice « Dr. M. Stojanovic »*, 6, 221-230 (1967). *Exc. med.*, 22, n° 2127 (1968).

Chr. MORMONT
Clinique psychiatrique universitaire
Rue Saint-Laurent 58
B-4000 Liège (Belgique)

- FERENCZI S. Analytische Deutung und Behandlung der psychosexuellen Impotenz beim Manne. *Psychiatrisch-Neurog. Wochenschr.*, 1908. Traduit de l'allemand par Dupont J. Interprétation et traitement psychanalytiques de l'impuissance psychosexuelle de l'homme, pp. 38-50. In : *Œuvres complètes*, tome I : 1908-1912, Psychanalyse I, Paris, Payot, 1968.
- FISHER C., SCHIAVI R.C., EDWARDS A., DAVIS A., REITMAN M., FINE J. Evaluation of nocturnal penile tumescence in the differential diagnosis of sexual impotence. A quantitative study. *Arch. gen. Psychiat.*, 36, 431-437 (1979).
- FREUD S. *Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie*, 1905. Traduit de l'allemand par Reverchon-Jouve B. *Trois essais sur la théorie de la sexualité*. Paris, Gallimard, 1978.
- FREUD S. Beiträge zur Psychologie des Liebeslebens : II. Über die allgemeinste Erniedrigung des Liebeslebens, 1912. Traduit de l'allemand par Bonaparte M., Berman A. Contribution à la psychologie de la vie amoureuse. *Rev. franç. Psychanal.*, 9, 2-21 (1936).
- FREUD S. *Der Untergang der Ödipuskomplexe*, 1924. Traduit de l'allemand par Berger D. La disparition du complexe d'Œdipe, pp. 116-122. In : *La vie sexuelle*. Paris, PUF, 1977.
- FREUD S. *Hemmung, Symptom und Angst*. Frankfurt, Fisher, 1926. Traduit de l'allemand par Tort M. *Inhibition, symptôme et angoisse*. Paris, PUF, 1968.
- FRIEDMAN D.E. The treatment of impotence by brieft relaxation therapy. *Behav. Res. Ther.*, 6, 257-261 (1968).
- GELLMAN C. Désensibilisation et réinvestissement dans le traitement de l'impuissance sexuelle psychique par la narco-analyse amphétaminée. *Ann. Psychothérapie*, 2, 73-80 (1971).
- GINSBERG G.L., FROSCHE W.A., SHAPIRO T. The new impotence. *Arch. gen. Psychiat.*, 26, 218-220 (1972).
- HENC I. Jealousy of alcoholics and disturbances of potency. *An. Bolnice « Dr M. Stojanovic »*, 6, 261-265 (1967). *Exc. med.*, 21, n° 2460 (1968).
- HESNARD A. *La sexologie*. Paris, Payot, 1959.
- HOON P.W., WINCZE J.P., HOON E.F. A test of reciprocal inhibition : are anxiety and sexual arousal in women mutually inhibitory ? *J. abnorm. Psychol.*, 86, 65-74 (1977).
- JACOBS L.I. The impotent king : secondary impotence refractory to brief psychotherapy. *Amer. J. Psychother.*, 31, 97-104 (1977).
- JONES E. *Traité théorique et pratique de psychanalyse*. Traduit de l'anglais par Jankelevitch S. Paris, Payot, 1925.
- JONES W.J., PARK F., PARK P.M. Treatment of single-partner sexual dysfunction by systematic desensitization. *Obstet. and Gynec.*, 39, 411-417 (1972).
- KAPLAN H.S. *The new sex therapy*. New York, Brunner-Mazel, 1974.
- KINSEY A., POMEROY W., MARTIN C. *Sexual behavior in the human male*. Philadelphia - London, W.B. Saunders Cy, 1948.
- KOCKOTT G., DITMAR F., NUSSELT L. Systematic desensitization of erectile impotence : a controlled study. *Arch. sex. Behav.*, 4, 493-500 (1975).
- LAZARUS A. Group therapy of phobic disorders by systematic desensitization. *J. abnorm. soc. Psychol.*, 63, 504-510 (1961).
- LEMERE F., SMITH J.W. Alcohol induced sexual impotence. *Amer. J. Psychiat.*, 130, 212-213 (1973).
- LOEWENSTEIN R. De la passivité phallique chez l'homme. *Rev. franç. Psychanal.*, 8, 36-43 (1934).
- LOEWENSTEIN R. La psychanalyse des troubles de la puissance sexuelle. *Rev. franç. Psychanal.*, 8, 538-560 (1935).
- MALLET J. Les troubles névrotiques de la sexualité, pp. 346-350. In : Nacht S. *La psychanalyse d'aujourd'hui*. Paris, PUF, 1956.
- MASTERS W.H., JOHNSON V.E. *Human sexual response*. Boston, Little, Brown and Co., 1966. Traduit de l'américain par Frehel F., Gilbert M. *Les réactions sexuelles*. Paris, Laffont, 1970.

therapy » et du cognitivisme, les méthodes thérapeutiques qui en dérivent sont confrontées. Une attention particulière est portée à l'anxiété, dont la définition et l'incidence varient de façon considérable selon les auteurs en dépit d'une trompeuse identité superficielle.

SAMENVATTING

Psychologische theorie en behandeling van erectieonvermogen.

De begripsverwarring en de diagnose moeilijkheden bij de benadering van het erectieonvermogen worden beschreven. Na een overzicht en een kritische benadering van : de psychoanalytische en behavioristische stromingen ; de « New sex therapie » : het cognitisme, worden de behandelingsvoorstellen, die daarmee in verband staan, vergeleken. Bijzondere aandacht gaat naar de angst, die door de verschillende onderzoekers anders omschreven en gewaardeerd wordt, spijs een bedrieglijke oppervlakkige eenstemmigheid.

BIBLIOGRAPHIE

- ANSARI J.M.A. Impotence : prognosis (a controlled study). *Brit. J. Psychiat.*, 128, 194-198 (1976).
- ASIRDAS S., BEECH H.R. The behavioral treatment of sexual inadequacy. *J. psychosom. Res.*, 19, 345-353 (1975).
- BASS B.A. Sexual arousal as an anxiety inhibition. *J. Behav. Ther. exp. Psychiat.*, 5, 151-152 (1974).
- BEAUJEAN M.A. Aspects chirurgicaux de l'altération, de la préservation et de la restauration de la fonction sexuelle chez l'homme. *Rev. méd. Liège*, 34, 727-743 (1979).
- BEECH H.R., POOLE A.D. Classical conditioning of a sexual deviation. *Behav. Ther.*, 2, 400-402 (1971).
- BERGLER E. *Counterfeit sex*. New York, Grune and Stratton, 1958. Traduit de l'américain par L. Jospin d'après la deuxième édition, *Psychopathologie sexuelle*. Paris, Payot, 1968.
- BRICAIRE H., DREYFUS-MOREAU J. *Les impuissances sexuelles et leur traitement*. Paris, Flammarion, 1964.
- COOPER A.J. A clinical study of « coital anxiety » in male potency disorders. *J. psychosom. Res.*, 13, 143-147 (1969a).
- COOPER A.J. Outpatient treatment of impotence. *J. nerv. ment. Dis.*, 149, 360-371 (1969b).
- COOPER A.J. Treatments of male potency disorders : the present statut. *Psychosomatics*, 12, 235-244 (1971).
- DARMON P. *Le tribunal de l'impuissance*. Paris, Seuil, 1979.
- DREYFUS-MOREAU J. A propos de quelques facteurs favorisant l'impuissance. *Evolut. psychiat.*, 29, 437-462 (1964).
- EITINGER L. Psychosomatic problems in concentration camp survivors. *J. psychosom. Res.*, 13, 183-189 (1969).
- ELLIS A. Treatment of erectile dysfunction, pp. 235-261. In : Leiblum S.R., Pervin L.A. *Principles and practice of sex therapy*. London, Tavistock Publications, 1980.
- FENICHEL O. *The psychoanalytic theory of neurosis*. New York, Norton and Co., 1945. Traduit de l'anglais par Schlumberger M., Pidoux C., Cahen M., Fain M. *Théorie psychanalytique des névroses*. Paris, PUF, 1953.

à la prothèse, la valeur pronostique des variables psychopathologiques a été mise en évidence. De même, l'attitude de la partenaire peut être de la plus grande importance sur ce plan.

III. CONCLUSIONS

Il aura fallu que l'impuissance érective se dégage de ses implications procréatrices, sociales, relationnelles, morales pour commencer à devenir un objet de science. Ce processus de dégagement, né il y a peu, est progressif et encore inachevé.

Il est suffisant toutefois pour qu'un observateur critique perçoive nettement les lacunes qui subsistent malgré l'accumulation d'expériences, d'hypothèses et de moyens d'investigation.

La première de ces lacunes concerne l'étiologie de l'impuissance érective : les progrès réalisés à ce jour nous démontrent notre ignorance autant qu'ils nous éclairent. Ils ne nous permettent plus de nous contenter de la dichotomie rudimentaire impuissance organique-impuissance psychogénétique mais ne nous procurent aucune certitude de remplacement. Le diagnostic précis de l'étiologie du trouble n'est possible que dans une faible proportion des cas.

Une autre lacune concerne le traitement de l'impuissance érective : non seulement nous ignorons pourquoi et comment agissent les traitements administrés aux impuissants, mais encore nous ne pouvons faire la preuve de leur réelle efficacité ni reconnaître leurs indications. La conduite thérapeutique demeure donc empirique et les croyances du thérapeute y tiennent un rôle considérable.

Le manque d'études de l'impuissance au moyen des méthodes psychologiques — surtout projectives — d'examen est une troisième lacune étonnante (Mormont, 1983).

Par ailleurs, les essais théoriques se sont multipliés et apportent chacun un point de vue particulier et parfois utile en dépit du dogmatisme ou des tendances réductrices qui les affectent tous.

Enfin, nous pouvons nous réjouir du foisonnement, même anarchique, des expériences thérapeutiques qui offrent des possibilités nouvelles, des solutions de rechange et peut-être des perspectives originales d'analyse du trouble lui-même.

RESUME

Les imprécisions conceptuelles et les difficultés diagnostiques rencontrées dans l'approche de l'impuissance érective sont soulignées. Après revue et discussion des courants psychanalytique et behavioriste, de la « new sex

posé par le médecin généraliste en dépit de la rareté des effets convainquants obtenus par ces substances (sauf dans les cas où la thérapeutique pallie le déficit hormonal mis en évidence par les examens de laboratoire).

Encore faut-il noter que les avis des praticiens divergent à ce propos, comme divergent ceux des scientifiques quant au rôle de la testostérone dans le comportement sexuel ou quant aux désordres hormonaux concomitants de l'impuissance. Selon Servais (1985) (1), la testostérone peut agir comme un activateur : à condition d'en maîtriser les conséquences endocrinologiques, même en l'absence d'insuffisance androgénique, la prescription d'androgènes peut provoquer des réactions sexuelles sur lesquelles la psychothérapie ou la suggestion (auto- ou hétéro-suggestion) s'appuyera parfois utilement.

c) Les psychotropes : nous n'envisageons pas ici leurs effets indésirables sur la sexualité lors de traitements psychiatriques, bien que le repérage de ces effets ne doive jamais être négligé dans la pratique. L'administration de psychotropes, antidépresseurs et plus souvent encore anxiolytiques (Valium, Temesta, Lexotan...), peut être requise comme thérapeutique au moins partielle de l'impuissance lorsque celle-ci est liée de quelque façon à des manifestations dépressives ou anxieuses. Toutefois, un équilibre délicat doit être trouvé de façon que l'effet antidépresseur ou anxiolytique central favorable à la reprise de l'activité sexuelle ne soit pas antagonisé par les effets inhibiteurs périphériques de ces substances.

d) Les thérapeutiques médicales vasculaires artériotropes ou vénotropes qui sont destinés à améliorer l'hydraulique érective.

2. Les traitements chirurgicaux.

a) Les interventions vasculaires correctives : dans certains cas de déficit artériel ou veineux, congénital ou acquis, une opération chirurgicale peut être le traitement le plus approprié.

b) Interventions palliatives : de types différents et à l'exception des prothèses gonflables, les prothèses implantées dans la verge maintiennent celle-ci dans un état permanent de rigidité suffisant à la pénétration. La tolérance à ces implants est variable et il s'agit probablement du traitement de l'impuissance qui suscite le plus de problèmes a posteriori si elle n'est pas accompagnée d'une aide psychothérapeutique compétente et assez prolongée. Dans la perspective de l'adaptation

(1) Communication personnelle.

consacrer par Ansari le même temps que les sujets des autres groupes. Au terme de l'essai, la chimiothérapie et la thérapie sexuelle ne se montrent en rien supérieures à l'absence de traitement.

Kockott *et al.* (1975) ne découvrent pas de différence comportementale ou physiologique significative entre un groupe traité par désensibilisation systématique, un autre par des médications habituelles et un dernier groupe dont les sujets ont été inscrits sur une liste d'attente.

Dans des conditions moins claires (sujets de deux sexes et souffrant de troubles sexuels variés), Asirdas et Beech (1975) trouvent que le conditionnement positif et la désensibilisation systématique sont plus efficaces qu'une absence de traitement.

Pasini (1978) conclut d'une recherche portant sur 88 impuissants primaires sans troubles hormonaux que le traitement le plus efficace de ces impuissants névrosés et anxieux est la psychothérapie. Celle-ci peut être abrégée par la prise simultanée d'anxiolytiques. La seule administration d'un anxiolytique est presque toujours inutile (6 % de succès), alors que le taux de succès est de 85 % dans les groupes soumis à une psychothérapie adlérienne et au training autogène, avec ou sans prise d'anxiolytique. A la différence des auteurs précédents, Pasini n'a pas constitué de groupe sans traitement.

Il semblerait donc que les essais contrôlés reproduisent les divergences et contradictions relevées dans la littérature ; en ce sens, ils n'apportent pas la lumière attendue.

Ils permettent néanmoins de formuler une conclusion peut-être plus importante que celle qui consisterait à reconnaître la supériorité de tel traitement sur tel autre ; on peut, en effet, conclure que toute forme de prise en charge de l'impuissant obtient des résultats thérapeutiques. Ces résultats ne sont, pour un traitement donné, ni caractéristiques, ni constants. Ils dépendent donc de variables incontrôlées, non identifiées (hormis dans les cas peu fréquents où le rapport entre l'étiologie, le traitement et l'effet thérapeutique est vérifiable).

On ajoutera que le taux de succès est rarement inférieur à 50 % ou supérieur à 75 %. La question serait de savoir si la différence de 50 à 75 % est due au hasard, au traitement ou à d'autres variables. Nous avons vu qu'il n'est pas possible de donner une réponse fondée à cette question. Par contre, nous savons que la guérison du symptôme survient au moins dans un cas sur deux, quel que soit le traitement administré.

Ceci nous amènerait à faire l'hypothèse qu'en sélectionnant de la même manière des échantillons d'impuissants et en leur appliquant des traitements différents, on obtiendrait un taux sensiblement constant de bons et de mauvais résultats. La probabilité de succès serait la somme de deux valeurs, elles aussi relativement constantes : celle des suc-

cès obtenus par n'importe quel traitement (ou plutôt survenant après la prise de contact avec n'importe quel thérapeute) et celle des succès liés spécifiquement à chaque traitement.

Sur le plan thérapeutique, l'essentiel serait alors de connaître les indications de chaque traitement afin de choisir la méthode la plus adéquate et la plus économique pour chaque cas. De cette façon, le taux total de succès pourrait peut-être atteindre un optimum, les échecs étant constitués par les cas véritablement incurables.

Nous voyons ainsi se dégager l'idée d'un facteur de curabilité-incurabilité dont l'intérêt est de ramener vers l'impuissant lui-même l'attention qui s'était focalisée, parfois avec excès, sur les techniques thérapeutiques ou sur les modèles théoriques.

D. Les traitements médicaux.

Bien qu'ils soient étrangers à notre propos, nous ne pouvons achever le tour d'horizon des théories et traitements psychologiques de l'impuissance sans dire un mot de ses traitements médicaux.

Nous l'avons vu, les cas sont rares où une étiologie est parfaitement isolée et passible d'un traitement spécifique. Au surplus, même lorsque une étiologie organique est prouvée, le traitement approprié peut être influencé par des facteurs psychologiques.

Les traitements médicaux peuvent se subdiviser en deux grandes catégories : 1° administration de substances chimiques ; 2° traitements chirurgicaux.

1. *Les substances chimiques sont de différents types.*

a) Les aphrodisiaques : outre le doute qui porte sur leur existence même, l'idée d'une stimulation de la libido ne va pas sans soulever un problème considérable. En effet, si l'homme ne peut obtenir d'érection quel que soit son désir, une excitation augmentée accroît son expérience pénible et aggrave son état. L'aphrodisiaque ne serait indiqué que dans les cas où l'appétit sexuel est insuffisant et où les capacités érectives sont intactes. Nous avons abordé le problème de l'énergie ailleurs, en évoquant la syntonie ou l'harmonie du trouble par rapport à la personnalité (Mormont, 1983). Par ailleurs, des produits susceptibles de provoquer l'érection par influence vasculaire (Yohimbine, poudre de cantharide...) sont sans effet sur le désir, et s'ils peuvent donner des améliorations locales spectaculaires, celles-ci sont souvent dangereuses pour l'organisme.

b) L'hormonothérapie : la prescription d'hormones (Proviron, Testoviron, Sustanon, Undestor) est souvent le premier acte thérapeutique