

J. F. Servais ⁽¹⁾
Ch. Mormont ⁽²⁾
J. J. Legros ⁽³⁾

L'impuissance : Aspects diagnostique et thérapeutique

METHODES

Notre étude porte sur 100 hommes, âgés de 21 à 63 ans, se plaignant de difficultés ou d'incapacité d'érection se produisant lors d'activités sexuelles avec une partenaire de leur choix. Cette plainte constitue toujours le motif explicite de la consultation : il ne s'agit pas de malades chez lesquels des troubles psychosexuels sont fortuitement découverts parmi des symptômes psychopathologiques variés.

Nous avons éliminé de notre recherche :

1) les éjaculateurs précoces, les anéjaculateurs [1], ceux qui se plaignent d'inhibitions sexuelles ou de diminution de la fréquence ou de l'intensité de leurs désirs sexuels, avec conservation d'une dynamique normale lors des tentatives de relations;

2) les sujets chez qui des maladies organiques ont été décelées (par exemple, sclérose en plaques, cirrhose hépatique, diabète confirmé, etc.) (4), en tenant compte pour chaque cas de l'avis de l'interniste, de

(1) Maître de Conférences à l'Université de Liège.

(2) Premier assistant au Service Universitaire de Psychiatrie. (Prof. J. Bobon), 58, rue Saint-Laurent, 4000 Liège.

(3) Chargé de Recherches au C.N.R.S., Maître de Conférences à l'Université de Liège (Service de Médecine, Prof. Van Cauwenberge).

(4) A la suite d'un bilan biologique systématique, 14 patients sur 199 (population initiale consultant à propos de difficultés à accomplir un rapport sexuel complet) ont été trouvés porteurs d'une maladie organique, éventuellement responsable de l'impuissance.

l'endocrinologue et, parfois, du neurologue;

3) certains cas orientés vers le bilan psychopathologique et endocrinien et qui se sont améliorés rapidement, les uns à la suite de la consultation initiale (« prise en charge »), les autres du fait de la normalité des examens somatique, génital, biotypologique etc;

4) les cas paraissant simples ou susceptibles de réagir d'emblée à un traitement médicamenteux ou à quelques séances de psychothérapie de soutien;

5) les impuissants sélectifs;

6) les malades pour lesquels certains renseignements techniques ne nous sont pas parvenus.

Tous ces patients s'adressaient à une polyclinique hospitalière ou à un cabinet privé de sexologie. Ils ont été examinés d'un point de vue psychopathologique clinique par le même psychiatre; les épreuves psychologiques (Rorschach, T.A.T., et M.M.P.I.) ont été présentées et interprétées « à l'aveugle » (c'est-à-dire en ignorant tout des données de l'anamnèse clinique) par le même psychologue. Les examens endocriniens ont été réalisés par le même spécialiste; les dosages biologiques, urinaires et sanguins (sang complet, ions, hyperglycémie provoquée, cholestérol etc...), de même que le bilan neuro-endocrinien complet (dosages dans les urines de 24 heures, des 17 cétostéroïdes, des 17 hydroxystéroïdes etc., dosages sanguins de testostérone, F.S.H., L.H., cortisol etc.)

ont été réalisés entre 8 heures et 9 heures du matin, à jeun (1).

Il convient de souligner qu'une exploration aussi longue et aussi complexe n'a été mise en œuvre que pour les sujets présentant les problèmes les plus difficiles. Nos résultats ne concernent pas un échantillon représentatif de la population générale des impuissants: seuls les cas, dont le pronostic à court terme est réservé, sont pris en considération.

Nous envisageons l'impuissance dans une perspective psychosomatique: la perturbation émotionnelle entraîne plus ou moins rapidement des modifications fonctionnelles somatiques et, en l'occurrence, surtout endocriniennes, venant aggraver, en cercle vicieux, le trouble initial. Nous traitons l'impuissance comme une anomalie principalement individuelle et non exclusivement relationnelle [3, 4, 5, 6].

L'orientation du traitement est déterminée par les résultats des examens pratiqués.

Nous avons décidé, dans un premier temps, de nous limiter à des thérapeutiques dont les effets peuvent être espérés à brève échéance [7]. C'est la raison pour laquelle nous n'avons pas eu recours à une forme de psychothérapie profonde. Dans la plupart des cas, notre action psychologique n'a pas dépassé une intervention thérapeutique supportive, invigorative ou suggestive.

Les techniques psychothérapiques plus élaborées (training autogène, psychothérapie d'inspiration psychanalytique, psychothérapie de groupe

(1) Le dosage de la testostérone plasmatique a été effectué selon la méthode de Palem *et coll.* [2].

etc.) ont pu être prévues pour les sujets qui n'ont pas répondu à nos traitements [8].

Après l'établissement du plan thérapeutique, le patient a été revu de 3 mois en 3 mois pendant un an. Si le sujet ne s'est pas représenté à la consultation, on ne peut savoir ce qu'il en est advenu : a-t-il décidé d'abandonner son traitement devant l'insuffisance des résultats ? Le succès thérapeutique rapide l'amène-t-il à conclure à l'inutilité d'une consultation supplémentaire (comme nous l'ont expliqué certains sujets consultant de nouveau après un an ou deux) ?

Nos méthodes thérapeutiques, associées ou non, sont :

- 1) la psychothérapie de soutien;
- 2) le stress nasal;
- 3) l'administration d'hormones (androgènes et gonadotrophines);
- 4) la prescription de psychotropes.

Si les épreuves psychologiques révèlent un état dépressif et anxieux

latent et si les dosages endocriniens sont dans les limites de la normale, le malade n'a reçu aucun traitement hormonal mais une cure d'antidépresseurs et d'anxiolytiques associés à une psychothérapie supportive. Au contraire, un patient chez lequel nous avons trouvé des valeurs hormonales (testiculaires, hypophysaires) effondrées et des résultats de tests psychologiques peu perturbés, a reçu un traitement hormonal substitutif mais pas de thérapeutique psychiatrique, en dehors de l'action psychologique de soutien. Enfin, si nous avons affaire à un malade qui présente des troubles, aussi bien psychologiques que somatiques, un traitement s'impose sur les deux plans et doit être appliqué d'emblée.

Pour apprécier, le plus objectivement possible, les résultats obtenus, nous nous sommes servis de critères (tableau n° 1) qui ont fait l'objet d'un codage, de façon à pouvoir être traités par ordinateur.

TABLEAU n° 1. Critères d'évaluation des résultats.

I. Qualité de l'érection :	1. Insuffisante (ne permettant pas l'intromission). 2. Améliorée mais insuffisante. 3. Prémunie suffisante (1). 4. Suffisante (ayant permis l'intromission).
II. Fréquence de l'érection :	1. Toujours (à chaque rapport). 2. Très souvent. 3. Souvent. 4. Parfois.
III. Résultats :	1. Durable (6 mois au moins). 2. Fluctuant. 3. Temporaire (pas plus d'un mois).

(1) Le sujet considère son érection comme suffisante pour accomplir un coït mais n'a pas eu l'occasion de le vérifier.

ETUDE DIAGNOSTIQUE

1. ASPECTS ENDOCRINIENS

Au sein de notre population de

100 sujets, on dénombre 22 impuissants primaires et 78 secondaires.

TABLEAU n° 2. Taux de testostérone.

Sujets impuissants			Population normale
Primaires n = 22	Secondaires n = 78	Totaux n = 100	
M. 343	332	334	740
$\sigma.$ / 200	239	230	230

Le tableau n° 2 montre le taux de testostérone moyen exprimé en nanogrammes pour 100 millilitres de plasma, l'écart type observé dans une population normale et les taux moyens que nous avons mesurés [2, 9, 10, 11].

Vingt-deux sujets de notre population ont un taux de testostérone situé entre 970 et 510, soit dans la moyenne (plus ou moins un sigma) de la population normale. Quarante-huit autres ont un taux de testostérone inférieur à 280 ng (c'est-à-dire s'écartent de 2 sigma de la moyenne de la population normale). Cette diminution importante nous paraît, au moins dans le cas des impuissants secondaires, une conséquence et non une cause de l'anomalie dont ils se plaignent. Nous posons, en effet, l'hypothèse que le trouble est psychosomatique [12] et non somatopsychique puisque, chez certains sujets cliniquement améliorés, sans thérapeutique hormonale substitutive, ce taux se rapproche, atteint ou dépasse une valeur normale.

2. ASPECTS PSYCHOLOGIQUES

Les examens psychologiques (Rorschach, T.A.T., M.M.P.I.) ont mis en évidence des anomalies importantes, non apparentes sur le plan clinique.

Ainsi, au M.M.P.I., 61 % des impuissants présentent une ou plusieurs notes (31 % des cas ont de 3 à 8 pics pathologiques) dépassant le seuil critique ($T \geq 70$), avec une fréquence maximum pour les échelles dépression (28 %) et psychasthénie (27 %). Ceci soulignerait l'importance de l'inhibition, de l'hésitation, du manque d'énergie, des phobies et des compulsions chez ces patients.

En outre, la moyenne du groupe se situe à plus d'un sigma (écart significatif) au-dessus de la moyenne théorique pour les échelles Dépression, Hystérie, Psychopathie, Psychasthénie et Schizophrénie.

Un des indices les plus importants du Rorschach est le pourcentage de formes correctement perçues (F + %). Ce pourcentage renseigne sur la manière dont l'individu prend con-

naissance des stimuli, informe de l'influence des facteurs affectifs et intellectuels sur les fonctions adaptatives et cognitives; il éclaire la nature des rapports avec la réalité. Ce pourcentage peut être trop élevé selon que le contact au réel est rigide, hyperrationnel, ou trop faible si ce contact est relâché, imprécis ou faussé. Dans notre groupe, 61 % des patients ont un F + % situé en-dehors de la zone considérée comme normale, 38 % se situant en-deçà et 23 % au-delà de cette zone. Une fraction considérable d'entre eux obtient des résultats franchement pathologiques, comparables à ceux que l'on rencontre soit chez des psychotiques, soit chez des déprimés ou des obsessionnels.

Un autre indice numérique élémentaire est le nombre de réponses fournies au Rorschach; il reflète l'aptitude de l'individu à mobiliser ses images mentales, à élaborer des réactions adaptatives face à des stimuli, à laisser affleurer - en les contrôlant plus ou moins bien - émotions et désirs.

Chez ces impuissants, ce nombre est inférieur à la moyenne dans 79 % des cas et traduit une productivité faible ou appauvrie. Les sollicitations diverses semblent laisser l'impuissant sans réaction, sans ressort. Cette inertie, qui paraît souvent résulter d'un mécanisme actif de blocage, peut être complète et l'impossibilité de fournir la moindre réponse à une ou plusieurs planches du Rorschach est anormalement fréquente : les refus se rencontrent chez plus d'un sujet sur deux.

Si l'on ne peut conclure que les impuissants présentent une pathologie spécifique, on doit cependant admet-

tre que la déficience sexuelle s'accompagne d'autres troubles, notamment psychopathologiques.

Outre des mécanismes d'inhibition névrotique qui pourraient intervenir de façon privilégiée dans des situations évocatrices de sexualité, - comme l'indique la fréquence des refus à certaines planches du Rorschach - les facteurs dépressifs et anxieux semblent jouer un rôle majeur. La symptomatologie dépressive appréciée par une échelle clinique du M.M.P.I. et par un faisceau de traits au Rorschach est courante : l'échelle dépression dépasse 70 dans 27 % des cas et la coartation émotionnelle est évidente dans 60 protocoles de Rorschach.

En appréciant l'anxiété par deux indices simples, la note At au M.M.P.I. et le pourcentage de réponses Hd + Anat + Sex + Sg au Rorschach, nous trouvons les traces d'une anxiété pathologique dans 54 % des Rorschach et 12 % des M.M.P.I.

Il faut insister encore sur l'existence d'organisations psychopathologiques plus ou moins définies. Les traits pervers, les fixations pré-génitales, les mécanismes psychosomatiques, maniaques etc. ne manquent pas, mais leur mise en évidence est plus délicate et exige une analyse dynamique, qualitative de l'ensemble du matériel recueilli.

Au terme de cette approche, on peut conclure que l'impuissance est un symptôme qui se développe sur des terrains de personnalité divers et plus perturbés psychologiquement qu'il n'y paraît de prime abord. On ne peut la considérer comme un trouble isolé déterminé par des causes très spécifiques : au contraire, des traits psychopathologiques va-

riés, des mécanismes inhibiteurs, des tendances dépressives et anxieu-

ses sont souvent présents lorsque la défaillance survient.

CONDUITE THERAPEUTIQUE

1. METHODES

5 % des sujets ont été traités uniquement par une psychothérapie supportive, relativement brève;

8 % ont subi 15 séances de stress nasal;

72 % ont reçu un traitement hormonal, 5 % comme seule thérapeutique, 67 % en association;

74 % ont reçu un traitement psy-

chopharmacologique, 9 % comme seule thérapeutique, 65 % en association;

55 % de notre population ont été traités d'emblée par des psychotropes et des hormones.

2. RESULTATS

Le tableau n° 3 exprime les résultats thérapeutiques.

TABLEAU n° 3. Résultats

Indéterminés : Sujets n'ayant plus consulté		Echecs		Améliorations		Succès	
Prim.	Second.	Prim.	Second.	Prim.	Second.	Prim.	Second.
2 %	9 %	7 %	15 %	3 %	11 %	10 %	43 %
Totaux 11 %		Totaux 22 %		Totaux 14 %		Totaux 53 %	
67 %							

Nous dénombrons 11 % de résultats indéterminés (sujets n'ayant plus consulté), et 22 % d'échecs, comprenant les échecs totaux d'emblée et les sujets chez lesquels une amélioration temporaire s'est manifestée.

14 % des sujets sont améliorés de façon durable, sans que l'on puisse dire qu'ils aient récupéré ou atteint des possibilités sexuelles strictement normales.

53 % peuvent être considérés comme des succès : ces sujets ont recouvré ou atteint des capacités

sexuelles normales, pendant la période d'observation thérapeutique (un an).

CONCLUSION

Ce type d'étude met l'accent sur l'aspect disciplinaire des techniques diagnostiques permettant d'instaurer des thérapeutiques associées dans une affection aussi complexe que l'impuissance érectile. Une équipe médicopsychologique est nécessaire pour le diagnostic et le traitement de ce trouble.

RESUME

Cette étude concerne 100 sujets masculins, de 21 à 63 ans, consultant à l'occasion de difficultés ou d'incapacité à accomplir un acte sexuel avec une partenaire de leur choix à cause d'une insuffisance ou d'une absence d'érection. Chaque malade a été exploré par les mêmes psychiatre, psychologue et endocrinologiste. Le taux de testotérone sanguine est insuffisant (2 sigma en dessous de la moyenne) dans 48 cas. Les tests psychologiques révèlent des troubles graves mais mal définis quoique l'anxiété et la dépression s'y retrouvent souvent. Les résultats des examens ont orienté les thérapeutiques, isolées ou en association : psychothérapie de soutien, stress nasal, hormones, psychotropes. Après 1 an de surveillance, 67 sujets sont améliorés ou redevenus normaux et 22 autres inchangés.

SUMMARY

This study reports on 100 cases of males, aged 21 to 63 years, consulting for difficulties or inability to perform an intercourse erection with a partner of their choice. Every patient was investigated by the same psychiatrist the same psychologist and the same endocrinologist. Testosterone blood level was found insufficient (2 sigma under the mean) in 48 cases. The psychological tests emphasized an important but clinically inconspicuous psychopathology. Anxious and depressive trends were very frequent. The results of the investigations oriented the treatment, which used several methods, single or in association : brief psychotherapy, nasal stress, hormones, psychotropic drugs. After one year of follow-up, 67 men were improved or recovered and 22 unchanged.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] BRICAIRE (H.) et DREYFUS-MOREAU (J.) : Les impuissances sexuelles et leur traitement. Paris, Flammarion, 1964.
- [2] PALEM (M.), MAQUINAY (A.), MARGOULIES (M.) et CONINX (P.) : A propos du dosage par chromatographie en phase gazeuse de la testotérone sous forme de chloroacétate. *Rev. franç. Etud. clin. biol.*, 14, 96-98 (1969).
- [3] LUMINET (D.) : L'impuissance masculine. *Acta neuroi. belg.*, 39, 81-88 (1972).
- [4] MASTERS (W. H.) et JONHSON (V. C.) : Les mésententes sexuelles et leur traitement. Paris, Laffont, 1971.
- [5] MISES (R.) : Troubles névrotiques de la sexualité. *Encycl. méd.-chir.*, 37390, A10, 1-9 (1964).
- [6] SCHNEIDER (P.-B.), PANAYOTOPOULOS (D.) et ABRAHAM (G.) : Valeur sémiologique des anomalies des conduites sexuelles. *Encycl. méd.-chir.* 37105, G10, 1-6 (1968).
- [7] COOPER (A. J.) : Disorders of sexual potency in the males : a clinical and statistical study of some factors related to short term prognosis. *Brit. J. Psychiat.*, 115, 709-719 (1969).
- [8] LEBOVICI (S.) : Indications et contre-indications de la psychanalyse freudienne. *Encycl. méd.-chir.*, 37811, A10, 5 (1969).
- [9] LEGROS (J. J.), PALEM (M.), SERVAIS (J.), MARGOULIES (M.) and FRANCHIMONT (P.) : Basal pituitary-gonadal function in impotency evaluated by blood testosterone and LH essays, in hormones and brain function. Budapest, Académie des sciences de Hongrie, 1973, 527-529.
- [10] LEGROS (J. J.), FRANCHIMONT (P.), PALEM-VLIERS (M.), SERVAIS (J.) : FSH, LH and testosterone blood level in patients with psychogenic impotence. *Endocr. exp.*, 7, 59-63 (1973).
- [11] RABOCH (J.) and STARKA (L.) : Reported coital activity of men and level of plasma testosterone. *Arch. sex. Behav.*, 2, 303-315 (1973).
- [12] GUTHEIL (E. A.) : Sexual dysfunction in men. In Arieti S. (Ed.), American Handbook of psychiatry, New York, Basic Books, 1967, 1, 708-726.