

U11754-678  
80-027

57

# Impuissance érectile Symptôme aspécifique

Les feuillets psychiatriques de Liège  
13/1, 5-11 (1980)

par C. MORMONT

L'étiologie de l'impuissance érectile demeure mal connue. Les facteurs qui peuvent la provoquer sont nombreux; leur incidence respective est discutée et leur diagnostic malaisé.

Ainsi, la discrimination fondamentale entre impuissance organogénétique et impuissance psychogénétique n'est relativement certaine que dans les cas d'atteinte directe des systèmes anatomiques, nerveux ou endocriniens.

Dans les autres cas, des techniques sophistiquées doivent prendre place afin de mettre en évidence l'intégrité fonctionnelle de l'organe génital. Parmi ces techniques, l'enregistrement des érections nocturnes connaît, grâce à KARACAN (1970) qui s'y consacre depuis plus de dix ans, une vogue remarquable. Reconnu d'abord comme la preuve suffisante et irréfutable de la nature organique ou non de l'impuissance, le maintien de la fréquence et de l'intensité des érections nocturnes est regardé avec plus de circonspection. KARACAN (1978) lui-même et FISCHER et al. (1979) attirent aujourd'hui l'attention sur les faux-pas de cette méthode qui reste néanmoins la plus évoluée.

L'affinement des techniques mettra sans doute en question l'opinion que 90 0/0 des cas d'impuissance sont psychogénétiques. Et l'ignorance dans laquelle nous nous trouvons encore, nous oblige à ne considérer cette évaluation que comme une indication provisoire et douteuse.

Cette ignorance repose plus particulièrement sur :

1<sup>o</sup> l'aspécificité du symptôme : l'énumération - même partielle - de ces causes possibles en est la meilleure preuve :

- facteurs psychologiques : névrose, perversion, trouble psychosomatique, dépression, anxiété, conditionnement, conflit relationnel.
- atteinte somatique des systèmes directement responsables de la fonction sexuelle;
- intoxications diverses : alcool, plomb, héroïne et méthadone (MINTZ et al., 1974), anorexigènes (GEISSMAN et GEISSMANN, 1972), tofranil (GREENBERG, 1965) et autres psychotropes;
- des atteintes physiques qui, en soi, n'empêchent pas l'activité sexuelle : commotion cérébrale (DEMORSIER et GRONE, 1972), circoncision (STINSON, 1973);
- des conditions d'environnement : altitude (MATHUS, 1971), emprisonnement (EITINGER, 1969).

2<sup>o</sup> le rôle incertain de chacun des agents incriminés. Par exemple, le diabète, par les lésions qu'il provoque, engendre souvent l'impuissance. Toutefois, on a vu plus d'un diabétique guéri de son impuissance par une action psychologique seule et certains (RENSHAW, 1976; FORD, 1977) vont même jusqu'à penser que chez beaucoup de diabétiques impuissants, les facteurs psychologiques ont plus d'importance que le diabète lui-même. Ou encore, si l'on sait qu'un tiers des impuissants présentent un diabète chimique (LEGROS et al., 1978), on ignore si celui-ci est une cause de l'impuissance ou est, comme elle, une des conséquences d'un agent plus général.

L'alcoolisme offre l'illustration la plus typique des désaccords et incertitudes quant aux effets d'un facteur déterminé sur la genèse de l'impuissance :

- a) LEMERE et SMITH (1973) : l'impuissance résultant d'abus alcooliques prolongés peut persister même après des années de sobriété. Cela serait dû, non à des facteurs psychiques ou endocriniens mais à l'effet destructeur de l'alcool sur l'arc réflexe qui commande l'érection;
- b) TALKINGTON (1971) : presque tous les grands buveurs sont impuissants à un degré quelconque;

- c) HENČ (1967) : l'étude de la jalousie et des troubles de la puissance sexuelle montre qu'il y a une dépendance étiologique des phénomènes mentaux et fonctionnels vis-à-vis de la consommation chronique de l'alcool;
- d) WILSON (1977) : il existe une relation linéaire négative entre alcool et réactivité sexuelle; mais cela ne signifie pas que le comportement sexuel est affecté de manière systématique et univoque par l'absorption d'alcool; d'autres facteurs (apprentissage, désinhibition, facteurs sociaux) interviennent également;
- e) ŽIŽIĆ, FRIDMAN et DESPOTOVIĆ (1967) : la fréquence de l'impuissance chez les alcooliques est étonnamment basse (3,9 ‰). Il semblerait donc que l'action de l'alcool comme toxine exogénétique sur la puissance sexuelle est négligeable.
- f) JENSEN (1977) : il n'y a pas de lien entre l'occurrence de difficultés sexuelles et la durée de l'alcoolisme; quand un trouble sexuel existe (63 ‰ des alcooliques étudiés se plaignent surtout d'impuissance ou d'un manque de libido), il est rattaché deux fois sur trois au commencement du traitement de l'alcoolisme par disulphiram; or, ni l'alcool, ni le disulphiram n'ont de notables effets neurotoxiques directs; les facteurs psychologiques et en particulier la réaction à la mise sous traitement ont donc une influence considérable sur le vécu sexuel.

<sup>30</sup> la dépendance du symptôme vis-à-vis de plusieurs systèmes. Ainsi, les antidépresseurs et les anxiolytiques prescrits en raison de la dépression et/ou de l'anxiété éventuellement responsables de l'impuissance peuvent eux aussi produire ou maintenir ce symptôme. Au passage, il faut souligner, avec SERGRAVES (1977) que l'action des agents pharmacologiques sur la sexualité humaine est mal connue. SERGRAVES suppose cependant que :

- a) les substances qui induisent un blocage adénergique sont associées à des troubles éjaculatoires;
- b) l'impuissance érectile apparaît avec l'usage de substances anticholinergiques;
- c) les produits qui provoquent à la fois l'impuissance et éjaculation retardée agissent par blocage central de la dopamine.

Au-delà de ce rapide tour d'horizon destiné à rappeler la complexité du symptôme impuissance, il n'est pas inutile de s'arrêter quelques instants aux théories psychologiques de l'impuissance.

Parmi celles-ci, la théorie névrotique (FREUD, 1936) est la plus souvent évoquée et l'on peut même en dire qu'elle a été généralisée abusivement. Pour elle, l'impuissance est l'expression du compromis entre le ça et le surmoi, entre la pulsion et l'interdit. Elle serait étroitement liée au désir incestueux et à l'angoisse de castration.

Cette hypothèse a étouffé d'autres explications d'ordre purement psychogénétique :

- la fixation à un niveau prégénital ou pervers : l'objet de désir et de plaisir n'est pas une personne de l'autre sexe mais un fétiche ou l'excitation d'une zone érogène partielle;
- la fixation narcissique : selon BERGLER (cité par MISES, 1964) le "refus" correspond à un essai de restauration de la toute puissance narcissique mise en cause par certaines expériences très précoces subies passivement. En assurant lui-même son déplaisir, le malade vérifie qu'il n'est plus l'enfant désarmé devant les frustrations venues du dehors";
- la passivité phallique (LOEWENSTEIN, 1934) : "le complexe de castration ... inhibe la fonction génitale normale tout en épargnant l'exercice du mode passif de cette fonction". LOEWENSTEIN explique aussi le maintien de l'érection et de l'éjaculation pour autant qu'il n'y ait pas intromission et que le pénis soit soumis passivement à des caresses (notamment par fellation);
- l'identification féminine;
- la régression à un état non sexué;
- la protection du moi contre l'excitation qui, à partir d'un certain degré, pourrait menacer l'organisation de celui-ci.

A ces hypothèses strictement psychogénétiques, on peut ajouter l'hypothèse psychosomatique qui reprendrait à son compte la formulation qu'aurait permise la théorie des névroses actuelles : pour une raison quelconque, les désirs sexuels ne sont pas satisfaits et cette insatisfaction engendre des conditions physiologiques incompatibles avec l'activité sexuelle.

Ce point de vue établit un pont entre la psychologie et le behaviorisme : pour ce dernier, l'impuissance est un comportement appris. Quels que soient les modes de conditionnement et de renforcement le résultat le plus fréquent est l'induction d'anxiété qui serait antagoniste de la sexualité. Notons que cet antagonisme est contesté et

que pour certains comportementalistes, ce serait moins l'impuissance qui serait apprise sous la pression de l'anxiété que le comportement hétérosexuel qui ne serait pas acquis faute de renforcements positifs.

Enfin, chevauchant le comportemental et le social, s'inscrit le grand courant de la sexologie mastérienne faisant du trouble sexuel un trouble de la relation et de la communication.

A l'heure actuelle et bien que les théories citées ci-dessus ne soient pas, par essence, incompatibles, on assiste encore trop souvent à une approche monoïdéique de l'impuissance. S'il ne peut en aller autrement pour quelques chercheurs sacrifiés sur l'autel de l'Idée, il faut que le clinicien, lui, fasse preuve de plus d'inspiration et d'éclectisme.

Pour le bien de l'homme impuissant qui consulte, il serait heureux que le praticien sache au moins qu'il ne dispose pas d'une explication simple du symptôme. Ceci éviterait peut-être des démarches thérapeutiques tantôt stéréotypées, tantôt désordonnées dont le consultant est la première victime.

## **RESUME ET CONCLUSION**

L'impuissance érectile est souvent considérée comme un symptôme simple et banal.

Pourtant, il apparaît très vite que la plus grande incertitude plane sur la nature et l'efficacité des facteurs étiologiques supposés. La méconnaissance de certains facteurs, leur multiplicité, les interactions complexes qui les unissent, l'aspécificité du symptôme ne permettent guère d'aboutir à une conviction raisonnable.

Ce problème se pose également sur le plan organique et sur le plan psychique.

En fait, il semblerait que chacune des diverses théories explicatives soit adéquate dans des cas particuliers mais qu'aucune ne soit généralisable, contrairement à ce que beaucoup d'auteurs et praticiens font.

## BIBLIOGRAPHIE

- DE MORSIER, G., GRONE K.B. - Sur 92 cas de troubles sexuels post-traumatiques. *Ann. méd.-psychol.*, **130**, II, 653-670 (1972).
- EITINGER, L. - Psychosomatic problems in concentration camp survivors. *J. Psychosom. Res.*, **13**, 183-189 (1969).
- FISCHER, C., SCHIAVI, R.C., EDWARDS, A., DAVIS, A., REITMAN, M. and FINE, J. - Evaluation of nocturnal penile tumescence in the differential diagnosis of sexual impotence. A quantitative study. *Arch. gen. Psychiat.*, **36**, 431-437 (1979).
- FORD, C.V. - Hypoglycemia, hysteria and sexual function. *Med. Asp. hum. Sex.*, **11**, 63-74 (1977).
- FREUD, S. - Contribution à la psychologie de la vie amoureuse. *Rev. franç. psychanal.*, **9**, 2-21 (1936).
- GEISSEMANN, P. et GEISSMANN, C. - Etude des états dépressifs consécutifs à la prise d'anorexigènes. *Bordeaux méd.*, **5**, 115-119 (1972).
- GREENBERG, H.R. - Erectile impotence during the course of tofranil therapy. *Amer. J. Psychiat.*, **121**, 1021 (1965).
- HENČ, I. - Jealousy of alcoholics and disturbances of potency. *An. Bolnice "Dr M. Stojanovic"*, **6**, 261-265 (1967).
- JENSEN, S.B. - Sexual habits and sexual problem among alcohol addicts, *Ugerskr. Laeg.*, **139**, 35-40 (1977), *Excerpta*, **36**, n° 1069 (1977).
- KARACAN, I. - Clinical value of nocturnal erection in prognosis and diagnosis of impotence. *Med. Asp. hum. Sex.*, **4**, 27-34 (1970).
- KARACAN, I. a. ILARIA, R.L. Nocturnal penile tumescence and its role in the diagnosis of impotence. *Sexuality and Psychiatry*, **1**, 260-271 (1978).
- LEGROS, J.J., MORMONT, C. a. SERVAIS, J. - A psychoneuro-endocrinological study of erectile "psychogenic impotence" : a comparison between normal patients and patients with abnormal reaction to glucose tolerance test, in L. ZICHELLA and P. PANCHERI, *Clinical psychoneuroendocrinology in reproduction*, 301-319, New-York, Academic Press, 1978.
- LEMERE, F. a. 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).
- MATHUS, R.S. - Patterns of psychiatric breakdowns in soldiers exposed to high altitudes. Antiseptic, 68, 415-424 (1971).
- MINTZ, J., O'HARE, O'BRIEN, C.P. a. GOLDSCHMIDT, J. - Sexual problems of heroin addicts. Arch. gen. Psychiat., 31, 700-703 (1974).
- MISES, R. - Troubles névrotiques de la sexualité. Encyclopéd. méd.-chir. 37390 A 10, 1964, 1-10.
- RENSHAW, D.C. - Impotence in diabetes mellitus, Compr. Ther., 2, 47-50 (1976).
- SERGRAVES, R.T. - Pharmacological agents causing sexual dysfunction, J. sex. marital Ther., 3, 157-176 (1977).
- STINSON, J.M. -- Impotence and adult circumcision. J. Nat. med. Ass., 65, 161-169 (1973).
- 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).
- ZIZIC, V., FRIDMAN, V. a. DESPOTOVIC, A. - Treatment of impotence in alcoholis. An. Bolnice "Dr M. Stojanovic", 6, 221-230, (1967).