UDPS4-673
80-028

Acta psychiat. belg., 1980, 80, 476-486

Mise en évidence de profils psychologiques différents dans un échantillon d'impuissants érectifs

par C. MORMONT*, J.J. LEGROS**, J. SERVAIS*
et R. von FRENCKELL* (Liège)

ABSTRACT

Evidence of different psychological profiles in sexual impotence

The homogeneity of personality in patients suffering from psychogenic impotency has never been tested. In order 1° to test the homogeneity of the population and 2° to delineate putative pronostic scores, the authors have applied inverse factorial analysis to MMPI and Rorschach performed in a group of 100 patients suffering from « psychogenic impotence ».

The results obtained evidenced an heterogeneity in the group, subgroups may differ as far as pronostic is concerned (Acta psychiat. belg., *1980*, 80, 476-486).

Key words : sexual impotence, MMPI, Rorschach.

A notre connaissance, il n'existe pas d'étude systématique de l'impuissance sexuelle au moyen d'épreuves psychologiques. La carence est totale en ce qui concerne les méthodes projectives, alors que quelques recherches utilisent des inventaires de personnalité.

Cooper (1968), utilisant la *Foulds Hostility Scale,* trouve une tendance intropunitive marquée chez 48 hommes présentant des troubles sexuels variés (troubles de l'érection, de l'éjaculation). La même année et grâce au *Neuroticism Scale Questionnaire,* il ne découvre pas de composantes névrotiques accusées chez ces patients.

* Clinique psychiatrique universitaire de Liège.
** Secteur de Neuroendocrinologie, Laboratoire de Radioimmunologie, Département de Clinique et de Pathologie médicale, Université de Liège.

Au contraire, Shirai (1973) trouve que les impuissants obtiennent des résultats plus pathologiques que les hommes stériles, au *Cornell Medical Index* et au *Yatabé-Guilford*.

La discrimination des cas organogénétiques des cas psychogénétiques est réussie 9 fois sur 10 par Beutler *et al.* (1976) grâce au MMPI.

La même performance est réalisée par Derogatis *et al.* (1976) grâce au DSFI *(Derogatis Sexual Functioning Inventory)* inventaire de 247 items subdivisés en huit échelles : les cas psychogénétiques auraient des notes significativement plus hautes aux échelles *Experience* et *Gender Role Definition*.

Les derniers travaux (Beutler *et al.*, 1976 ; Stewart et Gerson, 1976 ; Osborne, 1976) traitent davantage de l'incidence des facteurs psychologiques — évalués grâce au MMPI — sur l'indication et le pronostic des traitements chirurgicaux de l'impuissance.

Les études antérieures n'ayant pas affirmé l'existence de caractéristiques propres aux impuissants ni étudié la similitude de ces sujets entre eux, situer les impuissants par rapport à la population générale et les décrire de façon plus rigoureuse est apparu nécessaire. Dans ce contexte, la recherche de critères pronostiques s'inscrivait naturellement.

Ainsi, le présent travail tente de répondre à deux questions.

1. Les impuissants constituent-ils une population homogène ?
2. Les épreuves psychologiques permettent-elles de prévoir l'évolution du symptôme traité ?

Echantillons et méthodes

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 sujets chez lesquels des troubles psychosexuels sont fortuitement découverts parmi des symptômes psychopathologiques variés.

Nous avons éliminé :

1° les éjaculateurs précoces, les anéjaculateurs, 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 du coït ;

2° les sujets chez qui une maladie organique a été décelée (par exemple, sclérose en plaques, cirrhose hépatique, diabète confirmé*) en tenant compte pour chaque cas de l'avis de l'endocrinologiste et, parfois, du neurologue ;

3° les impuissants érectifs dont le symptôme a disparu avant la fin de la mise au point diagnostique ;

4° les impuissants sélectifs.

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 et MMPI) ont été présentées et interprétées à « l'aveugle » (c'est-à-dire en ignorant l'anamnèse clinique) par le même psychologue. Les examens endocriniens ont été réalisés par le même spécialiste.

Les valeurs fournies par l'examen psychologique ont été soumises à une analyse factorielle inverse *(linear typal analysis)*, tandis qu'un essai d'analyse des correspondances (Benzecri) a été tenté sur les données qualitatives recueillies au Rorscharch.

Résultats

1. MMPI.

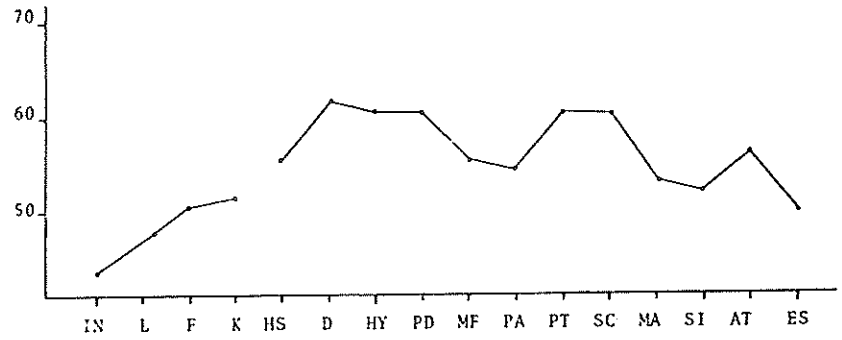

FIG. 1. — Profil moyen de 100 impuissants érectifs.

Le profil moyen de 100 impuissants au MMPI (fig. 1) s'écarte de la norme pour les échelles de dépression, hystérie, psychopathie, psychasthénie et schizophrénie, ce qui témoigne de perturbations psychiques non négligeables.

* 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.

Cette constatation dissimule une hétérogénéité considérable que les méthodes de l'analyse factorielle inverse appliquée aux 16 échelles du MMPI mettent en évidence : en effet, le profil moyen se décompose en quatre profils distincts (fig. 2).

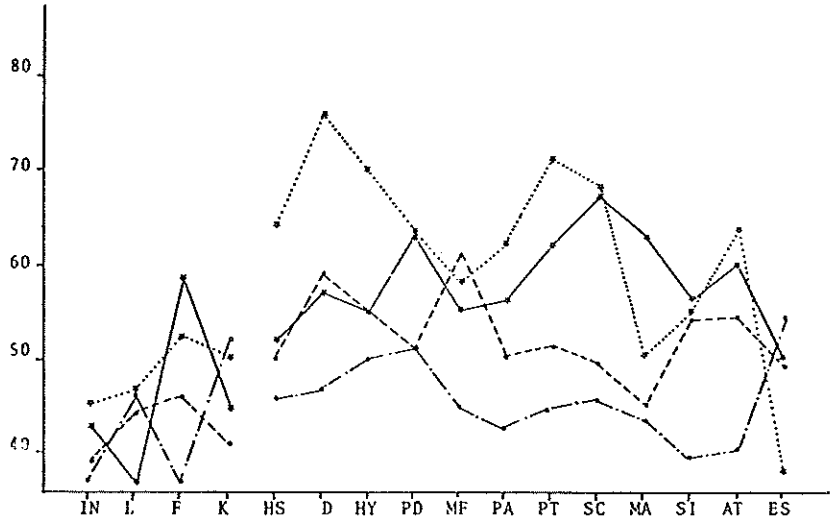

FIG. 2. — •—.—.—• sous-groupe I ; ✱.....✱ sous-groupe II ; ✱———✱ sous-groupe III ; •- - - -• sous-groupe IV.

Aux quatre profils correspondent les pronostics et valeurs endocriniennes suivants.

1. Le sous-groupe I compte 36 sujets dont le profil au MMPI est dans les strictes limites de la normalité. Ces sujets ne se montrent donc pas sous un jour pathologique et ont une bonne force du Moi. Le pronostic est aléatoire.

2. Le sous-groupe II (28 sujets) présente des signes psychopathologiques multiples et accentués. On soulignera surtout les pics en dépression, hystérie, psychasthénie et schizophrénie, ainsi que la grande faiblesse du Moi. C'est le groupe dont le pronostic est le plus sombre (13 succès, 10 échecs).

3. Le sous-groupe III (26 sujets) s'écarte moins des normes. Il se caractérise par l'impulsivité, la labilité et les contacts malaisés avec le réel (psychopathie, psychasthénie, schizophrénie, manie). C'est ici que le pronostic est très nettement le plus favorable (17 succès, 3 échecs).

4. Le sous-groupe IV ne compte que 10 individus et seules les échelles dépression et masculinité-féminité pointent. Dans ce groupe de sujets

apparemment passifs et relativement efféminés, les taux de FSH et de LH sont significativement élevés. L'évolution sous traitement est fort incertaine.

Le tableau I condense ces informations.

TABLEAU I

MMPI

	Sous-groupe I N = 36	*Sous-groupe II N =28*	*Sous-groupe III N = 26*	*Sous-groupe IV N = 10*
Succès	20	13	17	3
Echecs	8	10	3	1
Amélioration	5	4	2	3
Indéterminés	3	1	4	3
Pronostic	*Moyen*	*Mauvais*	*Excellent*	*Incertain*
Testosterone (ng %)	326 ± 241	345 ± 195	358 ± 268	270 ± 184
FSH (mUI/ml)	5,1 ± 5	5,3 ± 4,8	5,3 ± 3,6	11,3 ± (16)
LH (mUI/ml)	7,6 ± (8,7)	10,7 ± (22,7)	4,5 ± 4,0	15,3 ± (19,3)

2. **Rorschach.**

L'analyse factorielle inverse faite à partir de 13 variables du psychogramme formel du Rorschach distingue 6 sous-groupes.

La formulation des variables ne se prête pas à la représentation graphique ; aussi avons-nous remplacé les données brutes par une interprétation sommaire des profils (tabl. II).

1. Le sous-groupe I (34 sujets) offre un tableau classiquement dépressif avec appauvrissement de la pensée, restriction de l'affectivité et inhibitions multiples. Pour les impuissants de ce sous-groupe, le pronostic est comparable à celui de l'ensemble de l'échantillon.

2. Le sous-groupe II (22 sujets) fait preuve d'une adaptation médiocre au réel et de préoccupations anatomiques prononcées. Les aspects érotiques du corps sont ainsi évités. Ici, le pronostic est excellent (13 succès, 2 échecs).

3. Le sous-groupe III (19 sujets) rassemble les protocoles les plus riches, les plus variés, les plus débridés. Les marques d'inhibition y sont rares. Malgré — ou à cause — de cette richesse, le pronostic est défavorable (8 succès, 7 échecs).

4. Le sous-groupe IV (9 sujets) est caractérisé par la mise à distance, l'insécurité affective. Le pronostic est bon (5 succès, 1 échec). Notons que le taux de FSH y est significativement bas.

TABLEAU II

Rorschach

Caractéristiques	*Sous-groupe I N = 34*	*Sous-groupe II N = 22*	*Sous-groupe III N = 19*	*Sous-groupe IV N = 9*	*Sous-groupe V N = 6*	*Sous-groupe VI N = 10*
	Dépression	*Inadaptation*	*Désinhibition*	*Insécurité*	*Déséquilibre*	*Rationalisme*
Succès	18	13	8	5	2	7
Echecs	7	2	7	1	4	1
Amélioration	5	5	2	1	0	1
Indéterminé	5	2	2	2	0	1
Pronostic	*Moyen*	*Bon*	*Mauvais*	*Bon*	*Très mauvais*	*Bon*
Testostérone (ng %)	365 ± 216	330 ± 223	272 ± 223	368 ± 167	366 ± 174	305 ± 241
FSH (mUI/ml)	5,1 ± 3,6	7,4 ± (11)	5,2 ±2,8	3,1 ± 1,5	4,9 ± 3,8	9,4 ± 8,9
LH (mUI/ml)	11,1 ± (20,7)	7,8 ± 6,7	6,6 ± (8,5)	10 ± (20)	4,9 ± 3,1	4,9 ± 4,1

5. Le sous-groupe V ne compte que peu d'individus (6 sujets), mais est fort homogène : les personnalités déséquilibrées, instables, mal contrôlées, impulsives qu'il réunit sont les moins accessibles aux traitements (2 succès, 4 échecs).

6. Le sous-groupe VI est constitué de 10 sujets étroitement réalistes, à la pensée hyperrationnelle, concrète. Les tendances aux identifications féminines y sont nettes. Le pronostic est très favorable (7 succès, 1 échec).

3. Rorschach et analyse des correspondances.

L'analyse des correspondances appliquées pour la première fois à des variables nominales extraites du Rorschah pose quelques problèmes de choix des variables et d'interprétation des axes. L'intérêt de la méthode paraît cependant suffisant pour que nous l'évoquions ici.

Chaque variable codée (le nombre est le numéro de l'item) et sa modalité (*A* absent, *P* présent), ainsi que l'évolution sous traitement pris comme variable qualitative (SUC = succès ; ECH = échec ; AME = amélioration ; IND = indéterminé) sont représentés dans le graphique ci-contre (fig. 3).

Nous pouvons y lire qu'il existe des correspondances entre certaines variables et que ces correspondances peuvent avoir une valeur pronostique puisqu'elles s'observent de manière privilégiée dans certains groupes. Par exemple, l'association des variables P24, P13, P35, P38, P39 et P26 se rencontre essentiellement dans les cas d'échec.

On lit aussi que, sur les axes déterminés par l'analyse, le groupe « Amélioration » n'est pas un groupe intermédiaire entre le succès et l'échec. Ceci indique que l'amélioration du symptôme sous traitement n'est ni un demi-succès, ni un demi-échec, mais qu'elle survient chez des sujets qui, psychologiquement, se distinguent de ceux qui guérissent, d'une part, et de ceux qui conservent leur trouble, d'autre part.

Ces observations posent évidemment la question du rapport diagnostic-traitement. Pourtant cette question ne nous paraît encore que secondaire aujourd'hui. Il importe moins, en effet, de savoir si nous aurions obtenu d'autres résultats, dégagés d'autres critères pronostiques en recourant à d'autres traitements, que de démontrer l'hétérogénéité de l'impuissance et l'intérêt opérationnel d'une telle démonstration.

Nous savons maintenant que sur la base d'informations relativement simples (notes ou indices à des épreuves psychologiques) et grâce à des méthodes mathématiques rigoureuses, nous pouvons réunir les sujets les plus ressemblants, analyser leurs caractéristiques psychologiques et distinguer aussi différents profils d'impuissants.

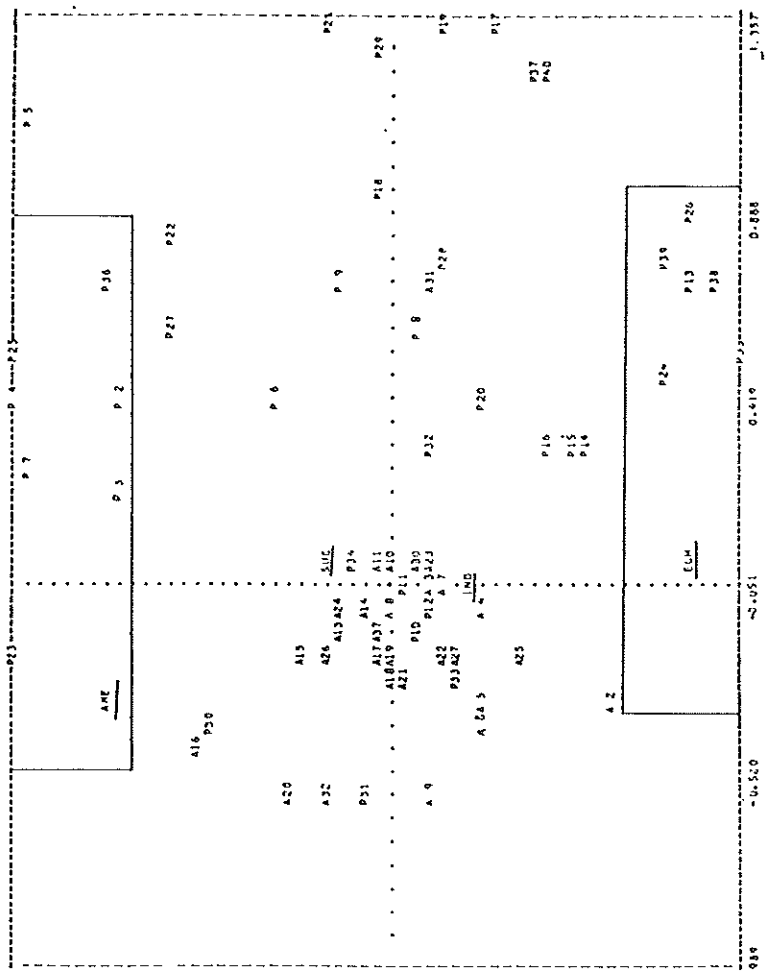

FIG. 3. — Représentation graphique des correspondances entre 39 indices du Rorschach et les résultats thérapeutiques.

La réactivité propre à chacun de ces profils permet de supposer que, dans un contexte donné, les résultats observés risquent de varier selon la proportion des sujets appartenant à chaque profil.

Plus concrètement et dans le cadre de notre travail, nous avons pu constater, par exemple, que les sujets qui donnaient des preuves d'inhibition étaient plus curables que les sujets les plus productifs, moins contrôlés, ou encore qu'une certaine impulsivité, doublée de troubles modérés du contact, étaient de meilleur augure qu'une psychopathologie plus sévère ou qu'une normalité plus évidente.

Enfin, la possibilité de calculer les corrélations psycho-endocriniennes offre un intérêt incontestable, bien que nous n'en soyons qu'aux premiers tâtonnements.

Conclusion

Nous pouvons répondre, avec toutes les réserves d'usage, aux deux questions que nous nous posions.

1. *D'un point de vue psychologique, les impuissants constituent-ils une population homogène ?* A cette première question, la réponse est formellement non. En effet, sur la base des données psychologiques les impuissants se répartissent en sous-groupes significativement différents.

2. *Les épreuves psychologiques ont-elles une valeur pronostique ?* Cette deuxième question demande une réponse plus nuancée, mais néanmoins affirmative puisque la probabilité de succès ou d'échec du traitement varie assez souvent en fonction de certains facteurs de personnalité.

Nous ajouterons, enfin, que la recherche de corrélations psychoneuro-endocriniennes s'annonce pleine d'intérêt : la mise en évidence de différences endocriniennes entre des groupes constitués sur la seule base de critères psychologiques en est un exemple et une preuve. La vérification et l'interprétation de telles observations sont cependant difficiles.

RESUME

On n'a jamais jusqu'à présent étudié les profils psychologiques des patients souffrant d'impuissance sexuelle psychogène. Dans le but de savoir si ces sujets ont ou non un certain type particulier de personnalité, les auteurs ont soumis 100 sujets souffrant d'impuissance sexuelle psychogène à deux tests de personnalité : le MMPI et le Rorschach.

Les résultats de cette enquête ont prouvé qu'il existait à ce point de vue une grande hétérogénéité, les divers sous-groupes différant fortement, surtout en ce qui concerne le pronostic.

SAMENVATTING

Duidelijk verscheidene psychologische beelden by impotentie.

Tot hiertoe heeft men verwaarloosd, bij personen met psychogene impotentie, de psychologische beelden te beschrijven. Om een mogelijk bijzonder persoonlijkheidstype op te sporen, hebben de auteurs op 100 personen met psychogene impotentie, twee testen beproefd : de MMPI en de Rorschach.

De groep vertoonde zeer uiteenlopende kenmerken met een grote verscheidenheid van afzonderlijke groepen, vooral voor datgene wat de prognose zou kunnen helpen.

RIASSUNTO

Evidente diversità dei profili psicologici nell'impotenza sessuale.

Sino ad ora non sono mai stati studiati i profili psicologici dei pazienti colpita da impotenza sessuale psicogena. Allo scopo di sapere se questi soggetti siano o meno portatori di un particolare tipo di personalità, gli autori hanno sottoposto 100 soggetti impotenti sessuali psicogeni a due tests di personalità : il MMPI ed il Rorschach.

I risultati hanno dimostrato che da questo punto di vista sussiste una grande eterogeneità essendoci grandi differenze tra i vari sotto-gruppi, specialmente per quanto riguarda la prognosi.

RESUMEN

Diferencias evidentes de los perfiles psicologicos en la impotencia sexual.

Nunca, hasta hoy, se han estudiado los profiles psicologicos de los pacientes que padecen de impotencia sexual psicogena. Con la meta de saber si estos sujetos tienen o no un tipo particular de personalidad, los autores han sometido 100 sujetos que padecen de impotencia sexual psicogena a dos tests de personalidad : el MMPI y el Rorschach.

Los resultados de esta encuesta han demostrado que existía sobre este punto una gran heterogeneidad, los diferentes subgrupos siendo muy diferentes entre elles, sobre tado en la que se refiere al pronostico.

BIBLIOGRAPHIE

BEUTLER L.E., SCOTT F.B., KARACAN I. Psychological screening of impotent men. *J. Urol. (Baltimore)*, 1976, *116*, 193-197.

COOPER A.J. Hostility and male potency disorders. *Comprehens. Psychiat.*, 1968, *9*, 621-626.

COOPER A.J. Neurosis and disorders of sexual potency in the male. *J. psychosom. Res.*, 1968, *12*, 141-144.

DEROGATIS L.R., MEYER J.K., DUPKIN C.N. Discrimination of organic versus psychogenic impotence with the DSFI. *J. Sex marital Ther.*, 1976, *2*, 227-240.

OSBORNE D. Psychologic evaluation of impotent men. *Mayo Clin. Proc.*, 1976, *51*, 363-366.

SHIRAI M. Studies on male sexual impotence. Report V. A psychosomatic study of functional impotence. *Jap. J. Urol.*, 1973, *64*, 5-11.

STEWART T.D., GERSON S.N. Penile prothesis : psychologic factors. *Urology*, 1976, *7*, 400-402.

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