

LDPS4-693
85-019

76

PSYCHOLOGIE

C. MORMONT (2)

L'impuissance érective : approche descriptive et pronostique au moyen du Rorschach ⁽¹⁾

Tant sous la longue hégémonie de la psychanalyse que sous le règne récent de la sexologie, l'examen psychologique de l'impuissant n'a guère suscité d'intérêt.

Le préjugé d'une psychogenèse quasi certaine, la faveur déraisonnable qu'a connue la théorie névrotique de l'impuissance et le recours obligé au traitement psychanalytique ont probablement rendu l'examen psychologique superflu autant que le font aujourd'hui de nouveaux préjugés générateurs de nouvelles démarches thérapeutiques stéréotypées.

Pourtant, l'incidence des facteurs psychologiques demeure mal connue et différemment appréciée. La nature même des facteurs incriminés et leur place dans les enchaînements de causalité sont variables. Qu'il suffise, pour s'en convaincre, de mettre schématiquement en parallèle :

- 1 - Freud (1912) pour qui l'impuissance est une inhibition destinée à protéger le moi de l'angoisse.
- 2 - Wolpe (1958) qui se réfère au mécanisme d'inhibition réciproque par lequel une réponse concurrente empêche le développement de la réponse sexuelle.
- 3 - Asirdas et Beech (1975) qui supposent l'absence de liens appropriés entre les stimuli sexuels et la réponse érective.
- 4 - Masters et Johnson (1970) pour qui une mauvaise communication entre partenaires rend l'interaction sexuelle impossible par blocage de la spontanéité.
- 5 - Kaplan (1974) qui assigne à l'anxiété le rôle

d'agent inhibiteur au service de causes diverses.

- 6 - Ellis (1980) dont l'explication est fondée sur le rôle des idées irrationnelles pathogènes.

On notera au passage que la façon dont est conçue et intégrée l'anxiété dans les théories de l'impuissance est un indice remarquable de leurs divergences.

Les caractéristiques psychologiques observées peuvent être aussi considérées soit, et au même titre que l'impuissance, comme des manifestations d'une cause commune, soit comme des conséquences de l'impuissance ou encore être envisagées dans une perspective pronostique et non plus étiologique.

L'usage des méthodes habituelles d'examen psychologique ne peut prétendre mettre de l'ordre dans un tableau aussi complexe. Mais on peut en attendre au moins qu'elles contribuent à décrire les individus partageant un même trouble défini comme suit : *l'impuissance érective est une incapacité à développer, faute d'une érection suffisante, une réponse sexuelle complète alors que les conditions que l'homme juge opportunes sont rassemblées.*

(1) Ce texte est extrait d'une thèse de doctorat en psychologie, intitulée Etude psychologique de l'impuissance érective au moyen du Rorschach, Université de Liège, 1983.

(2) Psychologue, chef de travaux à la Clinique psychiatrique Universitaire, 58, rue Saint-Laurent, B-4000 LIÈGE.

BUTS ET MÉTHODES

Dans le but d'avoir une meilleure connaissance de l'impuissant, les données de l'examen psychologique peuvent être analysées dans des perspectives pathognomonique, psychologique et pronostique.

La perspective pathognomonique a été explorée en comparant un échantillon d'impuissants à des échantillons de référence. Le point de vue typologique (3) a été réalisé en groupant les impuissants selon leurs ressemblances, tandis que les aspects pronostiques ont été dégagés de la confrontation des sous-groupes d'impuissants constitués en fonction de l'évolution du trouble sexuel lors du traitement.

Ne seront rapportées ici que les variables extraites du Rorschach. Les variables quantitatives classiques et 209 variables qualitatives codées ont été soumises au traitement statistique approprié (comparaison de moyennes, comparaison de pourcentages, coefficient linéaire de Pearson, Chi carré, analyse factorielle inverse).

Les variables ont été rassemblées en fonction des questions posées et portant sur :

- 1 - l'importance des phénomènes d'inhibition dont les chocs et les refus sont les indices cardinaux ;
- 2 - le rôle des dimensions psychologiques exprimées par les notes a) d'anxiété
b) d'hostilité
c) de pénétration
d) de barrière.

Enfin, la fonction défaillante, la sexualité, a été abordée de manière directe en relevant les réponses que donne l'impuissant à ces questions :

1. Y a-t-il une différence claire, stable, indéniable entre les sexes ?
2. L'identité sexuelle de l'individu est-elle bien établie ?
3. Comment réagit-il aux évocations de la virilité et de la féminité ?
4. Quelle place fait-il aux éléments pré-génitaux et pervers ?
5. Comment parle-t-il du corps et plus particulièrement du corps sexué ?

ÉCHANTILLON

L'étude porte sur 100 hommes, âgés de 21 à 63 ans, se plaignant d'impuissance érective. Cette plainte constitue toujours le motif explicite de la consultation, il ne s'agit pas de sujets chez lesquels des troubles sexuels sont fortuitement découverts parmi des symptômes psychopathologiques variés.

Ont été exclus :

1. les sujets chez qui une maladie organique a été décelée ;
2. les impuissants dont le trouble a disparu avant la mise au point diagnostique ;
3. les impuissants sélectifs.

Cet échantillon d'impuissants a été comparé à deux échantillons de référence recrutés et examinés dans les mêmes conditions. Le premier échantillon de référence est composé de 34 hommes consultant pour éjaculation prématurée, trouble voisin de l'impuissance érective (et parfois confondu avec elle). Le second échantillon de référence (groupe contrôle) est constitué de 33 hommes se plaignant de conflits conjugaux et n'ayant jamais souffert d'incompétence sexuelle.

L'incidence d'une variable indépendante (niveau scolaire) sur les variables du Rorschach a nécessité l'appariement des impuissants aux sujets de référence sur base de cette variable indépendante. Ce sont donc des sous-échantillons d'impuissants appareillés aux éjaculateurs précoces et aux sujets de contrôle qui serviront aux comparaisons.

Enfin, l'échantillon total des 100 impuissants a servi à l'étude pronostique.

RÉSULTATS

I. Comparaison des impuissants aux éjaculateurs et au groupe contrôle. (Tableau 1)

Il ressort de ce tableau que :

1. l'hostilité se retrouve davantage corrélée à des conflits conjugaux qu'à des troubles sexuels ;
2. un excès ou un manque d'investissement et de reconnaissance des limites de soi, de même qu'une affectivité coartée sont plus souvent liés à des troubles sexuels que relationnels ;
3. une identité sexuelle correctement établie ne protège pas de l'impuissance érective ;
4. un contrôle rationnel strict et une identité sexuelle floue ou inversée se rencontrent plus chez les éjaculateurs précoces que chez les autres hommes, impuissants y compris ;
5. une identité sexuelle désordonnée prédispose peut-être à un trouble de la relation hétérosexuelle mais ce trouble relationnel ne prend

(3) Nous ne reviendrons pas sur ce point de vue dont l'essentiel a été publié dans ces pages : Mormont C., Legros J.-J., Servais J., von Frenckell R. L'examen psychologique de l'impuissant : perspectives typologiques, Cahiers Sexol. Clin., 7, 105-110 (1981).

TABLEAU I

	Impuissants Nombre = 4	Ejaculateurs précoces Nombre = 34		Impuissants Nombre = 33	Contrôle Nombre = 33	
F %	61 %	77 %	.02	61 %	63 %	
Coartation	22	22		20	11	.03
1 < Barrière > 5	13	11		15	7	.04
Réponses hostiles dirigées contre les personnes	3	2		3	11	.02
Choc au rouge	1	5		0	9	.002
Troubles de l'identité sexuelle	7	1	.05	6	5	
Identité sexuelle « correcte »	13	5	.005	12	8	
Identité sexuelle chaotique	7	0	.006	7	6	
5 < Anat % > 15	7	21	.001	9	13	
Peur du sexe féminin	13	5	.03	10	8	
Choc au trou	4	1		4	0	.04

pas plus souvent la forme de l'impuissance que celle du conflit conjugal ;

6. les préoccupations excessives à l'égard du corps réduit à ses aspects seulement anatomiques n'expriment pas un refus du sexe qui se manifesterait de façon privilégiée et sur un autre plan par l'impuissance érective.

Il n'y a donc pas de caractéristique pathognomonique de l'impuissance érective. En effet, aucune des variables discriminantes ne différencie les impuissants à la fois des ejaculateurs précoces et des sujets de contrôle. Certaines de ces variables communes aux impuissants et aux ejaculateurs précoces séparent les hommes souffrant d'un trouble sexuel des hommes consultant pour problèmes conjugaux. D'autres variables, partagées par les impuissants et les sujets de contrôle, opposent ces deux catégories aux ejaculateurs précoces.

Ainsi, et selon la prééminence de l'une ou l'autre de ces variables, l'impuissance érective apparaît au premier chef soit comme un dysfonctionnement sexuel, soit comme un problème de relation, soit comme une combinaison spécifique des deux.

Le fait que des variables telles que l'anxiété, l'inhibition face aux images viriles et/ou féminines, les thèmes de castration, les éléments prégénitaux n'ont aucun pouvoir discriminant mérite d'être signalé.

II. Aspects pronostiques

La comparaison des groupes d'impuissants, groupes constitués en fonction de l'évolution du

trouble traité, a révélé quelques points essentiels :

- certains profils rorschachiens entretiennent des relations significatives avec l'évolution en cours de traitement. Les protocoles les plus expressifs sur le plan émotionnel, les plus variés quant aux contenus, sont de moins bon pronostic que les protocoles plus étriés, plus coartés et stéréotypés ;
- l'anxiété absente ou modérée est un facteur favorable pour autant que le faible niveau qu'elle atteint ne résulte pas d'un étouffement des capacités expressives. Une anxiété élevée ou inexprimée faute de possibilités d'expression est au contraire de mauvais pronostic ;
- un même pronostic défavorable est lié à l'hostilité très ou mal réprimée alors qu'une hostilité faible ou bien assumée n'a pas de signification péjorative ;
- le processus thérapeutique est plus souvent efficace dans le cas où la barrière dressée entre le moi et le monde paraît inexistante ou forte ;
- une perméabilité suffisante des limites du moi est de bon augure, une absence de « pénétration-pénétrabilité » étant souvent liée à la persistance du trouble sexuel ;
- un évitement excessif de tout ce qui est sexué ou l'interprétation désordonnée des éléments perceptifs susceptibles d'évoquer des caractères sexuels constituent deux conditions défavorables à l'amendement de l'impuissance ;
- la fixation trop élective à un niveau oral, anal ou narcissique offre des perspectives plus pessimistes que ne le font des fixations pré-

- génitales autres ou polymorphes ;
8. dans les cas de succès, l'exhibitionnisme apparaît rarement et l'adaptation envisagée sous divers angles semble meilleure ;
 9. l'échec est principalement caractérisé par l'abondance des mécanismes de répression ;
 10. l'amélioration du trouble sans véritable guérison se rencontre dans un groupe relativement peu typé, bien que les difficultés intellectuelles d'adaptation y soient fréquentes ;
 11. les sujets qui abandonnent le traitement donnent les signes les plus nets de passivité voire d'efféminement.

Il existe par conséquent des conditions économiques, dynamiques, plastiques et fonctionnelles associées préférentiellement à l'une ou l'autre évolution du trouble lors du traitement. La quantité d'énergie disponible, la façon dont elle est contrôlée et dont les investissements peuvent se déplacer, la résultante des conflits internes, la qualité et la forme des limites du système psychique, le fonctionnement de l'ensemble ou de certains composants du système sont en effet en rapport avec l'issue du traitement.

Un manque de contrôle ou un contrôle rigide des dispositions internes, la labilité ou la fixité des investissements, l'utilité fonctionnelle du trouble sont les facteurs généraux de mauvais pronostic.

Une expression appauvrie, des limites suffisamment perméables et fiables, une certaine mobilité des investissements et une maîtrise adéquate de l'anxiété et de l'hostilité (quand elles sont présentes) sont des facteurs de bon pronostic.

Par ailleurs, les différents traitements, adaptés par le clinicien à chaque cas, ont une efficacité comparable.

On peut, par conséquent, se demander si les consultants ne se répartissent pas en deux catégories, les uns curables par des méthodes invigorantes, les autres non. Pour ceux-ci, le recours à des méthodes visant à aménager l'organisation de la personnalité pourrait être nécessaire. L'hypothèse d'un facteur de curabilité-incurabilité se trouverait confortée pour autant qu'on envisage divers traitements de l'impuissance répondant à une même philosophie de l'intervention thérapeutique (correction, invigoration, stimulation, libération). Rien ne permet évidemment d'affirmer que certains cas demeureraient incurables par d'autres traitements.

Enfin, les réactions plus mitigées (amélioration, abondance du traitement) aux mesures thérapeutiques sont, elles aussi, liées à des variables de personnalité. Dans les cas d'amélioration, les difficultés d'adaptation et les problèmes d'agressivité sont plus nets tandis que les sujets qui abandonnent la relation thérapeutique font preuve des pro-

pensions les plus passives.

Ces constatations prouvent que des facteurs psychiques interviennent dans la façon dont l'impuissance réagit au traitement. Elles rappellent que le trouble doit être envisagé dans ses rapports de syntonie ou d'harmonie avec l'organisation générale de la personnalité, rapports ainsi définis : l'impuissance est en *syntonie* avec l'ensemble si elle s'inscrit sur un fond globalement déficitaire, si elle frappe la sexualité comme d'autres limitations frappent, dans le même temps, d'autres domaines. Le pronostic de cette syntonie varie selon qu'elle résulte d'une dépression (bon pronostic) ou d'une répression (mauvais pronostic). L'impuissance est en *harmonie* avec l'ensemble si elle est un élément fonctionnel du système, si elle répond à une exigence interne et participe à l'adaptation. Ayant ainsi un rôle positif à jouer, elle risque d'être peu accessible à une intervention invigorante ou symptomatique.

Le Rorschach repère donc :

1. la place du trouble dans l'organisation de la personnalité ;
2. la nature de cette organisation ;
3. la qualité des mécanismes généraux de contrôle (de l'anxiété et de l'hostilité au moins) ;
4. la présence d'éléments de pronostic dont les uns montreraient un lien entre des problèmes particuliers et la tenacité de l'impuissance (ce serait le cas des troubles de l'identité sexuelle et des fixations pré-génitales rigides) tandis que d'autres renseigneraient sur la capacité d'intégrer positivement les interventions d'autrui (l'étude des notes Barrière et Pénétration est instructive à cet égard) et de mobiliser les investissements (polymorphisme pré-génital).

CONCLUSION

Contrairement à ce qu'on aurait pu attendre en fonction d'opinions répandues, les différences entre impuissants, éjaculateurs précoces et sujets de contrôle sont relativement faibles : les impuissants se confondent tantôt avec ceux-ci, tantôt avec ceux-là, ce qui donne à penser que l'impuissance est selon les cas un trouble surtout relationnel ou un trouble surtout sexuel.

Par ailleurs, de l'étude pronostique, il découle que l'hypothèse de l'impuissance par déficit énergétique est souvent de mise comme l'indique le fait qu'un traitement invigorant produit des effets bénéfiques chez les hommes qui ont fait preuve d'une certaine pauvreté expressive, elle-même symptomatique d'un appauvrissement en énergie. Le traitement ne suppose pas de notables transformations ni intrapsychiques, ni relationnelles, ni comportementales comme le voudraient respecti-

vement (et schématiquement) les théories psychanalytiques, mastersiennes et béhavioristes. L'accroissement du dynamisme — par quelque moyen que ce soit — suffit, à lui seul, au rétablissement de la fonction sexuelle.

Il n'est donc pas nécessaire de supputer l'existence de conflits inconscients ou d'un trouble de la relation ou d'une réponse inappropriée pour rendre compte de la genèse et du traitement de la puis-

sance érective. Nos données semblent de nature à valoriser le facteur quantitatif (point de vue économique) qui peut être pris, seul, en considération dans un certain nombre de cas. Cette reconnaissance du facteur quantitatif et de son autonomie vis-à-vis des conflits inconscients, relationnels ou comportementaux nous paraît comparable, d'un point de vue épistémologique, à l'affirmation mastersienne que le trouble sexuel est une entité en soi.

BIBLIOGRAPHIE

ASIRDAS S., BEECH H.-R., The behavioral treatment of sexual inadequacy. *J. psychosom. Res.*, 19, 345-353 (1975).

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.

FREUD S., Beiträge zur Psychologie des Liebeslebens : II Über die allgemeinste Erniedrigung des Liebeslebens, 1912. Traduit de l'allemand par BONAPARTE M. et BERMAN A. Contribution à la psychologie de la vie amoureuse. *Rev. franç. Psychanal.*, 9, 2-21 (1936).

KAPLAN H.-S., *The new sex Therapy*. New-York, Brunner-Mazel, 1974.

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 mésententes sexuelles*. Paris. Laffont, 1971.

WOLPE J., *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Stanford, Stanford University Press, 1958.