

UDPSY-62A  
89-014

## ANDROLOGIE

Faculté de Psychologie et des  
Sciences de l'Éducation  
**UNITE DE DOCUMENTATION**  
Université de Liège, B-32  
S-13001 - LIEGE  
Tél. 041/56 20 27 - Fax 041/56 20 44

Dr C. MORMONT\*  
R. ANDRIANNE\*\*  
M. BEAUJEAN\*\*\*  
J.J. LEGROS\*\*\*\*

# Sémiologie psychopathologique dans l'impuissance

### RÉSUMÉ

*Dans un échantillon de 71 impuissants, 10 % des cas présentent comme trouble principal un tableau net d'inhibition dépressive, 30 % de l'anxiété et de l'irritabilité, et la plupart des sujets restants une certaine tension anxieuse.*

*La psychopathologie, recueillie selon les exigences du Système AMDP, ne varie pas en fonction de l'étiologie organique ou psychique du trouble sexuel.*

### MOTS CLÉS

*Impuissance érective - Psychopathologie - Système AMDP.*

### SUMMARY

*In a sample of 71 impotent males, we found as principal semiology, depressive retardation in 10 % of the cases, anxiety and irritability in 30 % and mild anxious tension in the most of the other men.*

*The psychopathology, rated by AMDP System, is not related to psychic or organic aetiology of the sexual disorder.*

### KEY-WORDS

*Erectile dysfunction - Psychopathology - AMDP System.*

Si l'on a souvent parlé de la personnalité des impuissants en termes généraux, il n'y a guère, à notre connaissance, de publications rapportant la sémiologie psychopathologique observée dans un échantillon d'hommes atteints de ce trouble. Relever cette sémiologie est l'objectif de ce travail.

Nous décrivons, au préalable, l'instrument utilisé à cette fin, en mettant l'accent sur l'intérêt qu'il peut présenter pour la communication entre le psychologue et les autres spécialistes concernés par l'examen et le traitement des impuissants.

## GÉNÉRALITÉS

L'impuissance érective passe de plus en plus pour un trouble complexe, souvent surdéterminé, et qui doit être abordé sous divers angles. Cela ne signifie pas que toutes les données relationnelles, affectives, sexologiques, somatiques sont aujourd'hui bien intégrées et qu'un juste poids leur est respec-

tivement accordé mais au moins l'approche pluridisciplinaire est-elle devenue indispensable à la qualité de l'entreprise tant diagnostique que thérapeutique.

Selon leurs composants et leurs contextes, les équipes pluridisciplinaires ont des "colorations" singulières et un recrutement assez spécifique. Toutes sont confrontées à un même problème, celui de la communication entre les membres de l'équipe.

Ce problème se situe au double niveau du contenu et de la forme : quelles sont les informations utiles, pertinentes à l'objectif commun ? Comment les exprimer pour qu'elles soient reçues par les spécialistes des autres disciplines ? A cet égard, la position du psychologue est particulièrement délicate. On le sait assez pour qu'il faille y revenir ici. Simplement, cette évidence rend-elle impérative la recherche de modalités d'un fonctionnement efficace. C'est la voie suivie dans le cadre du Centre d'Étude et de Traitement de l'Impuissance Sexuelle Masculine de l'Université de Liège (CETISM) (ser-

\* Chef de Travaux, Docteur en Psychologie, Service de Neuropsychiatrie (Pr G. Franck), C.H.U., B33, Université de Liège, B-4000 Liège (Sart-Tilman) - Belgique.

\*\* Résident spécialiste, Service d'Urologie (Pr de Leval).

\*\*\* Chef de Travaux, Chirurgie Vasculaire.

\*\*\*\* Agrégé, Secteur de Neuroendocrinologie, Services de Médecine Interne et Laboratoire de Radioimmunologie.

vice d'urologie, Professeur de Leval) que nous allons exposer ici.

Le CETISM offre aux impuissants la possibilité d'un bilan pluridisciplinaire lors d'une consultation coordonnée tenue par un urologue (R.A.), un chirurgien (M.B.), un endocrinologue (J.-J.L.), un psychologue (C.M.).

En raison du site (hôpital) de la consultation et de la composition de l'équipe, les patients atteints de troubles organiques, déjà diagnostiqués, et qui consultent secondairement pour leur déficience sexuelle sont en proportion non négligeable. L'échantillonnage des patients n'est donc pas représentatif de la population des impuissants.

Dans ce contexte, et au niveau de l'action immédiate, les considérations psychologiques n'ont pas une place de premier plan : il faut néanmoins repérer les cas psychopathologiques d'une part, identifier les éléments, positifs ou négatifs, susceptibles d'intervenir dans la genèse, le maintien ou le traitement du trouble d'autre part. Par exemple, un trouble avéré de la personnalité devra inciter à une prudence toute particulière si l'on envisage une intervention chirurgicale correctrice. Ou encore l'indication d'un traitement psychotrope ou d'un soutien psychothérapeutique pourra se révéler nécessaire soit comme complément d'une autre thérapie, soit comme thérapie unique.

Dans le double but de décrire et de communiquer la sémiologie psychopathologique, le recours à un système standardisé offre de notables avantages. Les travaux réalisés à la clinique psychiatrique universitaire de Liège en vue de traduire de l'allemand, d'adapter (Bobon, 1981) et d'exploiter (Bobon et al., 1982, 1983, 1985 ; Mormont, 1984 ; Mormont et al., 1984, 1987) le système AMDP (Association pour la Méthodologie et la Documentation en Psychiatrie) nous ont fait préférer ce dernier à d'autres moyens.

En un seul entretien —rappelons que beaucoup de patients qui se présentent à une consultation hospitalière de ce style plutôt qu'à une consultation sexologique ou psychologique n'ont qu'un tropisme modéré pour les perspectives psychiques et ne sont guère disposés à consacrer beaucoup de temps à leur exploration— en un entretien (semi-structuré) d'une heure donc, un tour d'horizon assez complet de la sémiologie psychopathologique est fait. Les signes et symptômes sont identifiés, quantifiés, groupés en facteurs aux dénominations explicites et affectés d'un degré d'intensité (annexe 1). Cette description ne remplace évidemment pas un diagnostic psychopathologique mais il est souvent plus facile à appréhender pour le non spécialiste et est davantage descriptif de l'état clinique. Enfin, la transposition graphique de l'analyse factorielle des cotations (profil syndromique) donne une image visuelle du statut psychopathologique du patient (annexe 2).

Nous nous en tiendrons à la sémiologie balayée par l'AMDP-4 (fiche psychopathologique) sans comptabiliser les autres faits dont le recueil est indispen-

sable à la compréhension des dimensions sociales relationnelles, affectives et comportementales. Nous tenterons de décrire les caractéristiques des consultants, de les grouper de façon homogène, de repérer peut-être des phénomènes qui auraient échappé lors d'une approche individuelle non systématique.

Ce sont les résultats de cette analyse que nous livrons ici.

## L'ECHANTILLON

L'échantillon compte 71 hommes présentant une impuissance érectile. Leur âge varie entre 21 et 66 ans, la moitié d'entre eux ayant plus de 45 ans ; la décennie la plus représentée est celle de la cinquantaine (24 sujets soit 33 %).

AGE	20-30	31-45	45 ou +
N	10	26	35
%	13	36	49

Le trouble est primaire dans 9 cas (12 %) ; il est accompagné d'éjaculation prématurée dans 16 cas (22 %).

Il dure depuis un mois à plus de 20 ans.

Durée du trouble	-1 an	1-2 ans	3-9 ans	10 ans et +
Nombre de sujets	11	24	25	11

## ETIOLOGIE

L'étiologie de l'impuissance est très souvent difficile à établir strictement, la présence d'un facteur considéré comme généralement pathogène ne permettant pas d'affirmer qu'il joue dans chaque cas le même rôle causal.

En dépit de cette incertitude, on peut tenter de voir si la sémiologie psychopathologique entretient quelque lien avec la présence plus ou moins affirmée et le rôle plus ou moins probable des facteurs organiques et des facteurs psychiques.

Un classement des patients en 5 catégories a été réalisé par l'urologue (R.A.) sur base des dossiers complets :

causes organiques certaines	31 cas
causes mixtes	23 cas
causes organiques exclues	11 cas
sans avis	6 cas

On constatera que dans notre échantillon 43 % des cas souffrent d'une atteinte organique certaine et suffisante à elle seule pour engendrer l'anérection ; dans 30 autres pour cent, les facteurs organiques et psychiques sont intriqués. Les cas sans doute purement psychogénétiques (causes organiques exclues) ne s'élèvent qu'à 15 % de l'échantillon.

Bien que nous ne puissions comparer cette distribution à celle que l'on observerait dans un échantillon aléatoire d'impuissants soumis aux mêmes

techniques d'examen, il paraît raisonnable de penser que la proportion observée de cas organiques par rapport aux cas psychogénétiques résulte du recrutement particulier du CETISM. Aujourd'hui, en effet, si l'on conteste la répartition longtemps admise de 90 % de cas d'origine psychique pour 10 % de cas d'origine organique, les estimations les plus organicistes ne vont cependant pas au-delà des 50 % de cas à participation organique majeure.

## ASPECTS SÉMIOLOGIQUES

Nous aborderons ces aspects sémiologiques en envisageant d'une part la fréquence des signes et des symptômes, d'autre part la grandeur des facteurs dans l'ensemble de l'échantillon. Les notes factorielles seront soumises à une analyse discriminante destinée à mettre en évidence d'éventuels syndromes.

Pour apprécier les données d'observation, il est nécessaire de rappeler que les hommes qui consultent pour impuissance érective présentent peut-être des problèmes psychologiques primaires ou secondaires à leur trouble sexuel mais ne sont pas suspects a priori de souffrir d'affection psychiatrique caractérisée.

### A. Les valeurs d'items

Que nous apporte un premier survol du matériel recueilli auprès de 71 patients :

1. les troubles de la conscience, de l'orientation et les symptômes psychotiques (délire, hallucination, trouble de l'identité) sont absents. On peut donc dire que lors de l'entretien aucun des sujets n'est apparu coupé de la réalité (confus, dément, psychotique) ;
2. sont rares ( $N \leq 2$ ) les éléments qui indiqueraient une exaltation de l'humeur et de l'énergie ;
3. les signes d'un certain dynamisme souvent pénible (pensée automatique, phobie, obsessions, agitation motrice, logorrhée, culpabilité, agressivité, désir sexuel augmenté) se rencontrent chez 5 à 20 % des sujets ;
4. des symptômes plutôt déficitaires (trouble de la concentration, de la mémoire, anesthésie et monotonie affectives, asthénie, diminution de l'énergie) sont présents chez 20 à 40 % des sujets ;
5. les manifestations d'éréthisme émotionnel et d'irritabilité (compulsion, dysphorie, anxiété observée, dramatisation, hyperémotivité) apparaissent déjà dans cette zone de fréquence et gagnent progressivement de l'importance. C'est ainsi que la méfiance, l'anxiété éprouvée, l'irritabilité, l'agitation intérieure se trouvent dans 50 à 60 % des cas, la tension dans 60 à 70 % ;

TABEAU DE FREQUENCE DES ITEMS AMP-4

<u>5 à 10 %</u>	<u>11 à 20 %</u>	<u>21 à 30 %</u>	<u>31 à 40 %</u>	<u>41 à 50 %</u>	<u>51 à 60 %</u>
15 Pensée intrusive	17 Pensée circonstanciée	11 Troubles de la mémorisation	10 Trouble de la concentration	28 Hypochondrie	27 Méfiance
16 Pensée retardée	29 Phobies	12 Troubles de l'évacuation	18 Pensée apparue	68 Désir sexuel diminué	62 Trouble de l'éprouvé vital
21 Pensée automatique	64 Perte d'espoir	32 Compulsions	63 Tristesse		69 Agitation intérieure
30 (Obsession)	73 Sentiment de culpabilité	60 Anesthésie affective (éprouvée)	76 Hyperémotivité		
83 Agitation motrice	77 Labilité affective	61 Anesthésie affective (observée)	80 Diminution de l'énergie		
89 Logorrhée	81 Inhibition de l'énergie	67 Dysphorie	86 Tendances à dramatiser		
89 Aggravation matutale	87 Luxations	72 Surestimation de soi			
95 Tendances suicidaires	90 Aggravation vespérale	79 Monotonie affective			
98 Anxiété en situation sociale	94 Agressivité	92 Sociabilité diminuée			
P11 Désir sexuel exagéré	P2 Perte du désir de vivre	P3 Asthénie			
P13 Déviation sexuelle		P9 Anxiété observée			
	<u>61 à 70 %</u>	<u>70 à 80 %</u>	<u>81 à 90 %</u>		
	65 Anxiété éprouvée	71 Sentiment d'insuffisance	20 Rumination		
	68 Irritabilité	P7 Anticipation anxieuse			
	P5 Tension	P12 Inatisfaction sexuelle			
ITEMS ABSENTS OU RARES * (N ≤ 3)					
1-4 Troubles de la conscience	25 Pensée incohérente	74 Sentiment de ruine	96 Automutilation		
5-8 Troubles de l'orientation	26 Néologismes	75* Anxiété affective	97 Absence sent. d'être malade		
9* Troubles de l'opercption	31 Obsessive-impulsions	76 Discorde affective	98* Non-conscience de la maladie		
13 Confabulation	33-36 Délire	82 Augmentation de l'énergie	99 Refus du traitement		
14 Itanémies/Hypermémies	47-52 Troubles des perceptions	84 Paradoxies	100 Besoin de soins		
19* Persévérance verbale	53-58 Troubles du moi	85* Monitrice/Bizarries	P1 Rubulation non délirante		
22* Suite des idées	59 Perplexité	86 Théâtralisme	P4* Pensée accélérée		
23 Réponses à côté	66* Dysphorie	91* Amélioration vespérale	P14 Pseudo-hallucination (Hallucinoïse)		
24 Pensée barié	70* Propension à se plaindre	92 Sociabilité excessive	P15* Invalidation sociale		

6. au-delà, on relève quelques signes directement influencés par le trouble érectif : les sentiments d'insuffisance, l'anticipation anxieuse (70 - 80 %), les ruminations (80 - 90 %) concernent principalement l'impuissance sexuelle même s'ils ne se limitent pas toujours à celle-ci.

Donc, et de façon très schématique, on observe par ordre de fréquence décroissante les préoccupations directement liées au trouble érectif, l'irritabilité, l'appauvrissement, l'inconfort ; les syndromes psychiatriques majeurs font défaut.

Aucun item n'entretient de relation significative avec la cause probable du trouble érectif.

### Les items consacrés à la sexualité méritent une attention particulière :

1. désirs sexuels diminués (item P10) : chez 29 des 71 sujets, la diminution du désir accompagne la réduction ou la suppression des possibilités de réalisation ;

2. désirs sexuels exacerbés (item P11) : cette réaction accompagnant l'impuissance est plus rare puisque 8 sujets seulement avouent une augmentation de leurs désirs sexuels ;

En cumulant les deux catégories (diminution-augmentation), on constate que l'impuissance n'est pas accompagnée de modification récente du désir sexuel dans près de la moitié des cas (34 cas sur 71) ;

3. insatisfaction sexuelle (item P12) : en raison de sa formulation, cet item est malaisé à coter car un certain nombre de consultants n'ont plus d'activité sexuelle du fait de leur impuissance, ils ne peuvent donc dire s'il y a "perte subjective de plaisir aux relations sexuelles par rapport aux relations habituelles". Moyennant cette réserve, nous avons dénombré 15 sujets ne se plaignant d'aucune insatisfaction, 4 sujets pour lesquels nous n'avons pu apprécier si ce trouble était présent ou non et 52 sujets éprouvant à des degrés divers (léger = 10 ; moyen = 16 ; fort = 24 ; très fort = 2) une "perte subjective de plaisir aux relations sexuelles" ;

4. déviation sexuelle (item P13) : même dans le cadre d'une consultation spécialisée, ce domaine est peu abordé. Il est vrai que l'entretien diagnostique est le premier et généralement le seul entretien psychologique, ce qui n'est évidemment pas propice à l'expression de tendances que la plupart des individus, par honte, intérêt ou plaisir, gardent par-devers eux. Quatre sujets ont néanmoins évoqué des tendances perverses qui chez deux d'entre eux étaient majeures. Pour 3 sujets, l'impuissance est apparue alors que les conditions requises par le schéma pervers étaient réunies, il s'agit donc bien d'une véritable impuissance érective et non d'une absence d'érection due à une absence d'excitant adéquat.

## B. Les notes factorielles

Une analyse factorielle portant sur près de 400 cas (Bobon et al., 1982) a permis d'extraire 10 facteurs psychopathologiques de l'AMDP-4 : Obsession, Dramatisation, Anxiété, Dépression, Apathie, Organicité, Discordance, Délire, Manie, Hostilité. Les notes factorielles sont obtenues par sommation des valeurs affectées aux items contribuant respectivement à chacun des facteurs. Ces notes calculées à partir d'un nombre différent d'items pour chaque facteur, sont transformées en pourcentages des notes maxima possibles afin d'être du même ordre de grandeur et d'être ainsi comparables. Par une convention préliminaire à une étude psychométrique appropriée, nous considérons que les notes inférieures à 10 % sont cliniquement insignifiantes. De 10 à 20 %, elles correspondent à un degré léger, de 20 à 30 % à un degré moyen, de 30 à 50 % à un degré fort et au-delà de 50 % à un degré très fort de pathologie.

Nous ne nous arrêtons pas au profil moyen de l'échantillon car l'analyse discriminante dont il sera question plus loin prouve que ce profil mêlant des sous-profil distincts ne pourrait être que trompeur.

Plus intéressant qu'un profil moyen, et en dépit du manque de tables comparatives, est le dénombrement des sujets qui dépassent, pour chaque facteur, le seuil critique :

Facteurs	absent	léger	moyen	fort	très fort
Obsession	63	6	1	1	
Dramatisation	29	31	10	1	
Anxiété	26	21	15	8	1
Dépression	41	21	9		
Apathie	60	6	4	1	
Organicité	70	1			
Discordance	71				
Délire	71				
Manie	69	2			
Hostilité	28	23	18	2	

Rappelons 1° que les sujets ne consultent pas pour des troubles psychiques et peuvent être a priori considérés comme normaux ; 2° que l'instrument a été construit pour évaluer la psychopathologie de patients psychiatriques. Il n'est donc pas destiné à discriminer les subtiles fluctuations qui constituent la normale ; 3° que l'évaluation se fait à partir d'un seul et unique entretien.

Dans ces conditions, l'élévation même légère des notes est un fait non négligeable, a fortiori celle qui révèle des états psychopathologiques sérieux.

Schématiquement, chacun des facteurs Dramatisation, Anxiété, Hostilité atteint des valeurs significatives dans deux tiers des cas.

Mais ceci ne nous dit pas combien de sujets présentent des notes excessives et combien en sont exempts. Le comptage suivant nous éclaire sur ce point :

Nombre d'échelles dont  
la note est supérieure à  
10 % (degré léger)

Nombre d'échelles dont la note est supérieure à 10 % (degré léger)	Nombre de sujets
0	6
1	17
2	5
3	16
4	20
5	6
6	0
7	1

Comme l'indique le tableau ci-dessus, il n'y a que 6 sujets qui ne présentent aucune note pathologique. Dix-sept autres voient une seule note dépasser le seuil critique. Parmi eux, 9 obtiennent cette note au facteur Dramatisation, ce qui est dû uniquement ou essentiellement au fait que l'item "Insatisfaction sexuelle" participant à ce facteur est coté au degré moyen ou fort. La contribution de l'item "Insatisfaction sexuelle" au facteur Dramatisation découle très probablement de la nature de l'échantillon sur lequel a été faite l'analyse factorielle (Bobon et al., 1982). Dans le cas particulier d'un échantillon d'hommes impuissants, la signification psychopathologique et le poids factoriel de l'item devraient être reconsidérés. Si nous soustrayons la cotisation de cet item de la note Dramatisation, le facteur demeure significatif dans un seul des 9 cas. Sur cette base, il paraît raisonnable d'admettre que 14 des 71 sujets, soit 19 %, ne présentent pas, lors de l'entretien, une sémiologie psychopathologique telle qu'elle entraînerait une augmentation appréciable des notes factorielles.

Par ailleurs, 69 % des consultants obtiennent des notes significatives pour au moins 3 facteurs, le profil le plus fréquent (20 sujets soit 28 %) étant celui qui compte 4 pics.

Au-delà de cette approche générale de l'échantillon, on peut chercher s'il existe des profils psychopathologiques distincts qui traduiraient la similitude de certains sujets entre eux. C'est là l'objet de l'analyse discriminante.

### C. Analyse discriminante

	Sous-groupe I N = 7	Sous-groupe II N = 22	Sous-groupe III N = 42
Obsession	1,1	5,6	2,5
Dramatisation	3,5	18,1	9,4
Anxiété	15,0	27,6	9,5
Dépression	17,0	15,6	6,5
Apathie	22,7	5,3	4,6
Organicité	4,1	2,3	1,2
Discordance	0,0	0,2	0,0
Délires	0,2	0,0	0,0
Manie	1,5	1,2	1,5
Hostilité	17,3	21,6	7,9

1. Le nœud du premier sous-groupe est la tétrade Anxiété, Dépression, Apathie, Hostilité ; la note Apathie

est à la fois la plus élevée et la plus discriminante tandis que c'est ici que le facteur Dépression est le plus net. On peut donc considérer que ce sous-groupe I, dont l'effectif est faible (7 sujets soit 10 %), présente un syndrome qui, au premier chef, est celui de l'inhibition dépressive avec anxiété et hostilité associées.

2. La tétrade du sous-groupe II (30 % des patients) comprend trois des facteurs déjà cités dans le sous-groupe I : Anxiété, Dépression, Hostilité. Toutefois, la très nette prédominance de l'Anxiété à laquelle s'ajoute l'Hostilité et surtout la Dramatisation (chacune de ces notes est maximum dans le sous-groupe II), cette dernière étant quasi spécifique au sous-groupe II, met l'accent sur la pathologie anxieuse. Et si la Dépression peut s'y associer, on voit par contre disparaître le facteur Apathie.

3. Le troisième sous-groupe, de loin le plus nombreux (60 %), ne présente aucun pic pathologique, les facteurs Dramatisation, Anxiété et à un moindre degré Hostilité étant proches du seuil critique. Il s'agit donc d'un sous-groupe dans lequel la psychopathologie est quantitativement peu marquée mais fournit un profil de tension anxieuse (Dramatisation, Anxiété, Hostilité), la Dépression étant de fort peu d'importance.

Ces sous-groupes sont indépendants des variables âge, durée du trouble, étiologie, caractère primaire ou secondaire de l'impuissance, association de celle-ci à l'éjaculation prématurée.

## CONCLUSION

La description sémiologique systématique de notre échantillon d'impuissants a mis en évidence la présence fréquente de quelques perturbations directement secondaires au trouble érectif (dont les sentiments d'insuffisance, l'anticipation anxieuse de l'échec) mais aussi de divers signes moins spécifiques.

On pointera particulièrement l'importance de l'irritabilité que les impuissants ne signalent guère spontanément mais qu'ils avouent souvent à l'interrogatoire. Il est difficile d'établir un lien entre le trouble érectif et l'irritabilité ; il est toutefois possible que celle-ci découle de celui-là, que l'absence de décharge des tensions sexuelles accroisse la susceptibilité caractérielle. Dans cette hypothèse, l'irritabilité, qui se rencontre dans les cas d'impuissance organique aussi bien que psychogénétique, pourrait être vue comme un facteur de détérioration de la relation au partenaire, facteur, qui à son tour, rendrait plus difficile la relation érotique satisfaisante, que le déficit érectif s'amende ou non.

Plus globalement, une élévation au moins légère d'au moins un facteur psychopathologique se rencontre chez la grande majorité de nos patients qui, par ailleurs, ne se plaignaient a priori d'aucun trouble psychique.

