

Les impuissances érectives

Les feuillets psychiatriques de Liège
10/1, 9 - 35 (1977)

par J.F. SERVAIS, Ch. MORMONT et J.J. LE GROS

I. Définitions.

II. Conceptions traditionnelles.

- Etudes diagnostiques
- Conduites thérapeutiques

III. Aspects diagnostiques récents.

- Troubles vasculaires
- Troubles psycho-neuroendocriniens
- Troubles psychologiques (méthode des tests)

IV. Aspects thérapeutiques récents.

- Traitements vasculaires
- Traitement chirurgical par prothèses péniennes
- Thérapeutiques complexes
 - Le stress nasal
 - La sexothérapie mastérienne

I. DEFINITIONS

Nous considérons comme «IMPUISSANTS» les hommes adultes se plaignant de difficultés ou d'incapacité d'érection, survenant lors d'activités sexuelles, avec une partenaire de leur choix, si ce trouble présente un certain caractère de permanence.

Cette plainte doit constituer, dans les études de populations d'impuissants, le motif explicite et principal de la consultation: il ne s'agit pas de malades chez lesquels des troubles psychosexuels sont fortuitement découverts, parmi des symptômes psychopathologiques variés.

Nous excluons, formellement, de la catégorie des «IMPUISSANTS»:

- a) les éjaculateurs précoces et les anéjaculateurs, qui ne présentent pas, en général, de troubles érectifs.
- b) les sujets souffrant d'inhibitions sexuelles ou de diminution de fréquence ou d'intensité des désirs sexuels, avec conservation d'une dynamique normale, lors des tentatives de relation.
- c) les impuissants dans le cadre de pratiques homosexuelles: nous ne pensons pas, en effet, que les mécanismes psychodynamiques, présidant à la genèse du trouble sexuel dans ces cas, puissent être semblables à ceux qui entraînent des difficultés érectives avec une ou plusieurs femmes.
- d) les sujets anorgasmiques.

Nous distinguons, parmi les impuissants érectifs:

1. Les impuissants complets ou totaux:

L'incapacité ou les difficultés érectives se produisent, systématiquement, avec n'importe quelle partenaire désirée, et quelles que soient les circonstances.

2. Les impuissants partiels ou relatifs:

Les difficultés érectives ne se produisent pas toujours, certains rapports pouvant se dérouler tout à fait normalement, selon les partenaires ou les circonstances.

3. Les impuissants sélectifs:

Alors que les rapports sont toujours difficiles ou impossibles avec une partenaire déterminée, ils sont toujours faciles et normaux avec une autre; c'est le cas de l'homme marié qui est impuissant avec sa femme mais nullement avec sa maîtresse ou, plus souvent, le cas inverse.

4. Les impuissants associés:

L'éjaculation précoce, l'anorgasmie, la raréfaction des désirs alternent ou s'ajoutent aux troubles érectifs.

II. CONCEPTIONS TRADITIONNELLES

ETUDES DIAGNOSTIQUES

Les conceptions traditionnelles (cf. le remarquable ouvrage de BRICAIRE et DREYFUS - MOREAU) distinguaient les impuissances organiques et les impuissances psychogénétiques.

A. LES IMPUISSANCES ORGANIQUES:

Bon nombre, si pas la plupart des maladies organiques s'accompagnent d'impuissance dite «d'accompagnement». Il s'agit, alors, d'un symptôme secondaire.

On appelle «IMPUISSANCE ORGANIQUE» une insuffisance génitale isolée, préoccupant le patient au point de motiver la consultation.

Il est compréhensible que l'impuissance organique isolée soit rare parce que, pour qu'elle puisse entraîner ce trouble, il faut que l'anomalie organique soit suffisamment importante et, alors, elle entraîne simultanément d'autres désordres plus marquants.

Parmi ces impuissances organiques, on distingue:

1. Les impuissances de causes générales.
2. Les impuissances de causes particulières.

1. Impuissances de causes générales:

a) Toutes les affections organiques au long cours sont capables d'entraîner des difficultés érectives. Toutefois, l'attention doit être attirée sur la fréquence de ce trouble, dans les suites de gastrectomie.

Il est difficile de préciser si l'intervention chirurgicale a entraîné un déficit en androgènes, en protides ou s'il faut incriminer une dystonie neurovégétative préalable à l'ulcus ayant entraîné la gastrectomie; on peut même également se demander si le trouble sexuel n'est pas à rattacher à la structure psychopathologique des ulcéreux. A ce moment, nous n'aurions plus affaire à une impuissance organique mais, à tout le moins, une impuissance psychosomatique sinon, en dernière analyse, psychogénétique.

b) Les intoxications chroniques: on sait que l'alcoolisme chronique respecte, en général, l'éjaculation mais inhibe le mécanisme érectif. Il en est de même des intoxications par les opiacées, la cocaïne, etc. Il paraît plus important de signaler les intoxications pharmacologiques, le plus souvent iatrogènes: citons l'utilisation des bromures, des salicylés, de beaucoup d'analgésiques, de tranquillisants, d'anti-dépressifs et de neuroleptiques. N'oublions pas, également, les médicaments utilisés dans la lutte contre l'hypertension chronique: citons, en particulier, l'Aldomet, l'Isméline et même des médicaments bêta-bloquants tel que l'Indéral à fortes doses.

2. Impuissances de causes particulières:

Ces causes sont d'ordre:

- neurologique
- vasculaire (artériosclérose, diabète).
- génito-urinaire (lésion de l'urètre, du gland ou des corps caverneux).
- endocrinien

A côté des impuissances atteignant primitivement la fonction hypophyso-gonadique, il y en a d'autres qui seraient liées à un myxoedème, à une maladie d'Addison, à un hypercorticisme. Citons, également, les cirrhoses, le diabète et les hémochromatoses.

B. LES IMPUISSANCES PSYCHOGENETIQUES:

«La maturation de la sexualité et la construction de la personnalité sont des processus étroitement imbriqués. Chacun de ces éléments ne cessent de retentir sur l'autre; étudier les perturbations de la fonction sexuelle revient à étudier la personnalité d'un individu, dans son ensemble, car la sexualité en constitue le noyau le plus intime et le plus profond, le plus fragile aussi. Fonction de reproduction et fonction d'union, la sexualité est également l'étalon subjectif auquel chacun se mesure. Un sujet s'aimera ou se dépréciera, bien au delà de tous les éléments de réussite sociale, selon qu'il sera en accord ou non avec sa réussite sexuelle. Autant le sexe peut être organe d'affirmation, de réassurance et de joie, autant il peut être perçu comme menacé, diminué, détérioré, en soi ou par les événements extérieurs, même sans aucun rapport logique avec la sphère sexuelle (BRICAIRE et DREYFUS - MOREAU)».

La définition de «l'IMPUISSANCE PSYCHOGENE» est essentiellement relative et subjective: en effet, la défaillance sexuelle objective ne se double pas automatiquement de la sensation subjective d'être impuissant; beaucoup d'hommes ont des attitudes caractéristiques telles que leur pauvreté sexuelle se trouve camouflée et

même valorisée (c'est le cas, par exemple, de certains misogynes hypermoraux).

A l'opposé, des sujets dont la vie sexuelle paraît cliniquement normale, consultent pour impuissance parce qu'ils se ressentent comme insuffisants: c'est le cas, par exemple, de sujets qui se présentent, affolés, à la consultation, en signalant qu'ils sont devenus, en quelque mois, incapables d'avoir 3 ou 4 relations sexuelles à la suite l'une de l'autre, dans une même heure, performance qui leur était habituelle et facile antérieurement.

Finalement, la **définition de l'impuissant sexuel** se ramène à une manière de se ressentir et de se juger: est impuissant tout homme dont le jeu génital ne permet pas de satisfaire les désirs sexuels conscients.

Le terme d'**impuissant** s'appliquera donc difficilement au conjoint masculin d'un couple consultant pour des troubles caractériels apparaissant chez l'un de leurs enfants et signalant que, à la plus grande satisfaction aussi bien du mari que de la femme, toute activité sexuelle est éliminée de leur relation depuis une vingtaine d'années, estimant, l'un comme l'autre, «qu'on ne s'est pas marié pour cela».

Quand un malade consulte un médecin pour une impuissance érective, **l'attitude du médecin**, qui se sent concerné personnellement par le problème en tant qu'homme, peut peser lourdement sur l'anxiété du patient: un médecin, pour qui la vie sexuelle a une importance capitale, ne réagit évidemment pas comme un confrère pour qui elle compte fort peu.

Certains praticiens auraient tendance à expédier un malade qui les ennuie avec des troubles psychosexuels, alors que leur salle d'attente «croule» sous les «vrais malades», souffrant de troubles organiques.

Par contre, si patient et médecin investissent, tous deux, fortement les activités sexuelles, l'anxiété du médecin à voir la guérison de son malade tarder peut être très nocive, pour ce dernier, dont la vie sexuelle se situe très loin de la normale.

L'attitude du malade et le matériel qu'il fournit ont, évidemment, dès le premier entretien, une importance capitale.

Certains malades ont une vie sexuelle strictement normale jusqu'à un «accident de parcours», survenu à l'âge de 35 ou 40 ans: le médecin peut raisonnablement penser que cette impuissance a toutes les chances de guérir relativement facilement; au contraire, certains patients n'ont jamais connu de vie sexuelle normale: le pronostic est évidemment beaucoup plus réservé.

La **coexistence d'une symptomatologie psychopathologique associée**, par exemple une anxiété importante ou un état dépressif, ne constitue pas nécessairement un facteur de mauvais pronostic, au

contraire ces éléments peuvent renforcer la motivation du patient, d'une part et, d'autre part, le trouble psychosexuel peut être directement fonction de l'état psychologique général dont l'amélioration amènera la disparition du symptôme.

Certains malades consultent, poussés par leur femme, après des années d'absentéisme satisfaisant, affichant un optimisme que rien ne justifie. C'est le problème du couple tout entier, alors, qu'il faut envisager, peut-être parfois même celui de la conjointe mais il faut rester très prudent avant de vouloir modifier un équilibre sans doute précaire mais ancien.

Certains malades, enfin, (et ils sont plus fréquents qu'on ne le croit) sont consciemment ravis de leur insuffisance qui permet de multiplier les consultations, de demander des avis complémentaires; ils peuvent, à loisir, parler de leurs organes génitaux ou les exhiber, décrire, avec une infinité de détails, leurs sécrétions, leurs sensations, etc.

Le refus ou la réticence devant l'examineur sont, en général, de mauvais pronostic: le refus à «se donner verbalement» au médecin est à mettre en parallèle avec le refus à se donner sexuellement à la partenaire.

Dans leur classification descriptive, BRICAIRE et DREYFUS - MOREAU distinguent les **impuissances primitives** et les **impuissances secondaires ou réactionnelles**.

A. LES IMPUISSANCES PRIMITIVES:

Il y a 3 types principaux:

1. Les anorexies sexuelles:

Certains sujets se caractérisent par le peu d'investissement de la sexualité. Souvent, leur puberté s'est déclenchée très tardivement et n'amène que des besoins fort limités. Le seuil d'excitation érotique est très élevé; lorsqu'ils ont eu un orgasme, la latence nécessaire à rendre l'orgasme suivant possible est très longue.

A l'adolescence, ils se sont peu ou pas masturbés; ils n'ont pas présenté de pollution nocturne; leurs fantasmes sexuels sont rares et pauvres.

Au fond, on ne décèle, chez eux, aucun signe d'une activité instinctive qui chercherait une satisfaction d'une manière détournée.

Il peut s'agir aussi bien de sujets apathiques, en général, que d'individus actifs et énergiques, en dehors du domaine de la sexualité.

Il est aisé de comprendre que, si des interdits éducationnels sévères viennent s'ajouter à une telle pré-disposition constitutionnelle, on peut aboutir à une absence quasi complète d'activités sexuelles,

sans que le sujet en souffre. Bien entendu, le pronostic d'un changement dans des cas de ce genre est extrêmement réservé.

2. Les inhibitions névropathiques:

Le névrosé renonce au plaisir sexuel et à l'exercice de la fonction, si, dans son inconscient, ce plaisir est associé à l'angoisse, toujours en liaison avec l'angoisse de castration.

C'est pour éviter que l'angoisse ne surgisse que le sujet renonce. La névrose étant le résultat d'une tentative d'écrasement des pulsions instinctives, sexuelles, en particulier, au nom d'interdits culturels ou moraux, les pulsions refoulées resurgissent, défigurées au niveau du comportement conscient, sous forme de symptômes: conversion hystérique, phobies, obsessions, névroses de caractère, anxiété diffuse, état dépressif latent ou franc, culpabilité morbide. Il existe fréquemment, chez ces sujets, à la fois un attachement et une crainte anormale des parents.

Ce sont eux qui ont été les agents de transmission des interdits culturels: c'est leur désobéir et s'exposer aux conséquences de leur colère que de conquérir sa liberté sexuelle. L'éducation classique d'il y a quelques décennies attachait le terme «mauvais» à la plupart des manifestations de la sexualité: on parlait des «mauvaises» habitudes, des «mauvaises» femmes, des «mauvaises» maladies, des «mauvaises» manières, des «mauvais» instincts, etc.

Des inhibitions névropathiques peuvent se situer à un autre niveau psychologique: la femme n'est pas qu'un objet sexuel; c'est une image maternelle, organisatrice du foyer. L'homme peut rechercher, en elle, une aimable compagnie, une bonne servante ou la considération qui entoure l'homme marié.

Malheureusement, l'épouse frustrée sexuellement risque de refuser à son conjoint, inhibé, la sécurité désirée. Son attitude vient donc renforcer, en cercle vicieux, l'anxiété et la dépression.

3. Les perversions latentes:

Les plus fréquemment rencontrées sont l'homosexualité latente, l'exhibitionnisme, la sado-masochisme et le narcissisme. Il faut, en effet, se souvenir que l'instinct est plastique: il s'accommode d'objets qui ne sont pas strictement les siens par un double mécanisme:

a. celui des satisfactions compensatoires:

Le mari trouve, hors de chez lui, des satisfactions qui lui permettent de tolérer sa femme et de lui donner, à l'occasion, du plaisir. Si ces compensations disparaissent, il devient brutalement impuissant.

On voit, par exemple, des amphosexuels qui ont, à la fois, des pratiques homosexuelles et des pratiques hétérosexuelles, dans le cadre du mariage, devenir complètement impuissants avec leur

épouse légitime au moment où leur partenaire masculin leur annonce la rupture de leur liaison.

Il faut retenir que, pour pas mal d'individus, une vie sexuelle sans intérêt peut exister à condition qu'ait lieu, en parallèle, une vie sexuelle satisfaisante, qu'elle soit de nature « perverse » ou non.

b. les satisfactions fantasmatiques:

Quand l'objet sexuel officiel n'est pas l'objet sexuel réel, c'est à dire celui qui correspond à l'organisation affective profonde du sujet, une impuissance n'en résulte pas forcément mais la puissance est une puissance « à condition »: elle est fragile, elle n'est possible qu'à condition de projeter sur la partenaire des représentations fantasmatiques, ce qui revient à transformer, de façon imaginaire, un objet réel non satisfaisant en un objet excitant.

B. LES IMPUISSANCES SECONDAIRES OU REACTIONNELLES:

Un certain nombre d'hommes connaissent pendant des années une vie sexuelle strictement normale. Sous l'influence d'un événement ou d'un ensemble de circonstances, réelles ou imaginaires, leur puissance disparaît plus ou moins brutalement. Ces impuissances ont évidemment un pronostic de guérison qui est infiniment plus favorable que les précédentes.

On ne s'explique pas parfaitement, loin de là, la spécificité de l'impuissance comme symptôme de décompensation plutôt, par exemple, qu'un état dépressif, une phobie, etc.

On présume un terrain de sexualité fragile ou un comportement de pseudo-sexualité, tel que nous l'avons décrit antérieurement. La plasticité de l'instinct s'accommode d'une réalité qui n'a que des liens partiels avec les besoins affectifs profonds. Quand la réalité est favorable ou insignifiante au point de se laisser oublier ou de jouer le jeu des tendances profondes, tout se passe normalement pour le sujet. Mais, si la réalité s'impose au sujet, en le traumatisant, avec une charge affective vraie, elle ne peut servir de support aux fantasmes et la décompensation survient. Il existe un rapport inversement proportionnel entre l'intensité du traumatisme émotionnel nécessaire à entraîner l'impuissance et l'adaptation sexuelle du sujet.

Nous pouvons passer en revue brièvement 4 formes principales d'impuissance secondaire:

A. Une impuissance secondaire à la rencontre avec une femme affectivement existante: il existe, chez beaucoup de sujets, un défaut de fusion entre la tendresse et la sensualité, une fusion qui caractérise la maturité psychosexuelle. Beaucoup d'hommes ratent leur adolescence dans la mesure où ces deux courants ne se fusionnent pas: la mère reste la seule femme aimée,

à laquelle le patient est attaché de façon infantile. Le sujet sépare donc les femmes en deux catégories: les images maternelles idéalisées, «divinisées», objets de respect et de tendresse et, d'autre part, les «incolores», les interchangeable, les objets de satisfaction sexuelle avec lesquels les décharges sensuelles sont autorisées.

Il arrive, toutefois, qu'une femme d'essence maternelle s'impose sur le plan sexuel. C'est alors que le sujet décompense. De nombreux cas ont été décrits où une relation très satisfaisante avec une maîtresse conduisait à l'impuissance lors d'un mariage tardif, par la signification que cet événement prenait dans l'inconscient du sujet (réactivation de la situation oedipienne).

B. Une impuissance secondaire à un traumatisme infligé par la partenaire: le sentiment d'amour comporte un échange entre 2 êtres. Cet échange affectif doit s'accompagner d'inhibition de l'agressivité réciproque; de là, en particulier, la nécessité des «rituels de pacification» dans les gestes de la cour amoureuse. Chaque partenaire prend confiance en lui à travers l'affection de l'autre. Une blessure infligée à ce niveau peut amener, chez un partenaire le repli sur soi-même et un sentiment d'angoissante insécurité.

Tous les comportements d'une femme tendant à dévaloriser son partenaire peuvent amener l'impuissance; parfois, bien sûr, la femme joue un rôle actif et agressivement dévalorisant, tel que par exemple, de proférer des moqueries sur l'insuffisance du volume des organes génitaux, sur l'aspect physique ou la personnalité de son partenaire.

Parfois, cependant, la femme ne joue pas un rôle actif mais c'est sa situation, par exemple, sociale, ou financière, ou professionnelle supérieure qui constitue le point sensible focalisant l'agressivité du partenaire masculin et signant, inconsciemment, pour lui, son état de dévalorisation relative. L'importance réelle du traumatisme est parfois mineure, il est très fréquent qu'il soit imaginaire et s'inscrive, alors, dans la névrose du sujet.

C. Les impuissances post-vénériennes: le sujet est la proie d'une intense anxiété devant le contact sexuel, à cause de la similitude inconsciente qui s'est établie chez lui entre contact sexuel et maladie vénérienne.

Ce n'est pas seulement après une syphilis ou une blennorrhagie que des cas de ce type se rencontrent, mais également après une uréthrite banale, voire même des sensations plus ou moins subjectives de prurit, liées au micro-traumatisme consécutif à un coït normal.

D. Impuissance secondaire à des traumatismes non sexuels:
des individus peuvent présenter une impuissance sexuelle brutale, à la suite d'un échec professionnel, politique, de graves difficultés financières, de deuil ou de maladie survenant au sein de leur famille, etc.

C'est toujours le sentiment de culpabilité qui est à la base de ces impuissances; le mécanisme fréquent consiste, chez ces sujets, en une superposition de la pensée magique à la pensée rationnelle: «Si le Destin me frappe, c'est que je suis coupable». Le sujet se punit inconsciemment, lui-même, par un renoncement à la virilité génitale, et souvent extra-génitale.

Classification psychanalytique des impuissances érectives psychogénétiques (Ch. GELLMAN)

L'angoisse - et, en particulier, l'angoisse de castration, qui accompagne habituellement le désir sexuel - s'interpose entre le désir et la jouissance (LACAN).

Très schématiquement, nous distinguerons 3 situations:

- a) les impuissances oedipiennes.
- b) les impuissances prégénitales.
- c) les impuissances narcissiques.

A. LES IMPUISSANCES OEDIPIENNES:

Le sujet est impuissant avec les femmes dont il est amoureux, alors qu'il peut avoir des rapports sexuels avec des prostituées, des femmes qu'il méprise ou qu'il juge sans valeur.

C'est ce que Freud appelait «le rabaissement du choix objectal» et il l'explique par un recul devant l'interdit de l'inceste avec la mère ou la sœur.

L'épouse peut faire l'objet de cette interdit inconscient à partir du moment où elle devient mère, elle-même.

Une femme qui rappelle, par un trait particulier, physique ou psychique, la mère du sujet peut devenir également tabou, sur le plan sexuel. Il faut noter que l'angoisse de castration est d'autant plus forte qu'il y a eu effectivement atteinte à l'intégrité des organes génitaux du sujet, dans son histoire, par opération chirurgicale (circoncision, cryptorchidie), malformation (hypospade ...) ou traumatisme.

En résumé, la problématique psychosexuelle est la suivante, chez l'impuissant oedipien:

- a) la pulsion sexuelle est forte et génitale.
- b) l'objet sexuel est total, indépendant du sujet et de valeur abaissée.
- c) l'objet d'amour est oedipien.
- d) le Moi du sujet est cohérent, structuré.
- e) la constellation familiale fonctionne sous le régime du patriar-

cat: le père est dominateur, autoritaire et son autorité est reconnue par la mère.

f) le Surmoi est de type paternel.

B. LES IMPUISSANCES PREGENITALES:

L'angoisse de castration peut être liée à des fantasmes de type phallique (peur de la destruction ou d'une lésion du pénis) mais aussi à des fantasmes de type ANAL: vidange, infection vénérienne, souillure, ou de type ORAL: vagin denté, dévoration, engloutissement.

Au niveau prégénital, il y a négation ou recul devant le fait que la mère et, par extension, la femme, n'a pas de pénis. Le problème de la différence des sexes n'est pas encore reconnu dans l'inconscient du sujet ou, s'il a été reconnu, il a été désavoué ou dénié.

Ces facteurs prégénitaux jouent d'autant plus qu'il y a eu une mauvaise identification, dans l'enfance, en raison d'une carence paternelle réelle ou fantasmatique.

En résumé, la problématique psychosexuelle est la suivante, chez l'impuissant prégénital:

- a) la pulsion prégénitale est forte.
- b) l'objet sexuel est partiel.
- c) l'objet d'amour est variable (hétéro ou homosexuel).
- d) les fantasmes sont prégénitaux.
- e) la constellation familiale tend au matriarcat (le père, s'il existe, est dévalorisé)
- f) le Moi du sujet est clivé: un secteur du Moi tient compte de la réalité sexuelle; l'autre le dénie.

Dans la pratique, les facteurs oedipiens et prégénitaux ne sont jamais isolés mais imbriqués et, selon les circonstances, les uns ou les autres apparaissent au premier plan.

C. LES IMPUISSANCES NARCISSIQUES (pré-objectales):

On décrit 2 modalités:

- par fixation.
- par régression.

Dans le premier cas, il s'agit d'agénésie affectivo-sexuelle: il y a eu perturbation précoce du lien à la mère; quelquefois, il n'y a pas eu de mère du tout, souvent, de nombreux placements nourriciers et des images maternelles multiples.

Le père est inexistant ou «forclos».

La pulsion sexuelle objectale est faible.

Ces cas rappellent, d'une part, les détériorations intellectuelles et affectives de l'hospitalisme de SPITZ et, d'autre part, les expériences de déprivation sociale faites par HARLOW, sur les singes: ces animaux, devenus adultes, sont incapables de trouver les postures sexuelles adéquates au coït.

Dans les impuissances narcissiques par régression, il ne s'agit pas de sujets fixés dans leur narcissisme mais de sujets qui ont régressé, par exemple, du fait d'une situation de deuil, dans la mélancolie ou d'autres états dépressifs. L'objet sexuel et amoureux a existé et il n'est perdu que temporairement.

En résumé, la problématique de l'impuissant narcissique est la suivante:

- a) la pulsion est narcissique et faible.
- b) l'objet sexuel, comme l'objet d'amour, est le sujet lui-même.
- c) la libido objectale est faible.
- d) la constellation familiale est dissociée: il y a eu, à la fois carence paternelle et maternelle, qualitative et quantitative.
- e) le Moi du sujet est clivé, morcelé.

En fait, pour ces sujets narcissiques, le problème est celui de leur identité, la sexualité les intéressant peu.

CONDUITES THERAPEUTIQUES

Bien entendu, dans les théories traditionnelles, les thérapeutiques des impuissances organiques sont essentiellement étiologiques: traitement du diabète, du myxoedème, traitement de l'affection neurologique causale, etc.

En ce qui concerne les impuissances psycho-génétiques, ce sont, essentiellement, les méthodes d'action psychologique ou les thérapeutiques psychiatriques classiques, depuis la sismothérapie jusqu'à l'utilisation des psychotropes, qui trouvent, ici, leur place; il existe, toutefois, un certain nombre d'erreurs importantes à éviter.

1. Le médecin ne doit pas vouloir, à tout prix, «normaliser» le comportement sexuel d'un individu ou d'un couple en fonction de critères statistiques publiés dans des ouvrages scientifiques ou de vulgarisation et, encore, moins, selon ses propres critères personnels, directement liés à sa vie privée.

2. Il convient également d'éviter les conseils formulés à la légère tel que «changez donc de partenaire», «prenez une maîtresse», «allez au bordel», etc. Beaucoup de malades, suivant fidèlement les conseils de leur médecin, sont tombés sur des «becs de gaz» qui ont abouti à renforcer leur anxiété et à aggraver, en cercle vicieux, leur cas.

En effet, de deux choses l'une: ou bien les interdits moraux et les inhibitions du sujet lui permettent des solutions latérales et il n'attend pas les conseils médicaux pour les mettre à l'épreuve ou bien sa morale rigide et ses inhibitions névrotiques le lui interdisent.

3. Il convient d'éviter, également, de prendre quelque engagement que ce soit pour une limite de temps précise (la lutte contre la montre, dans ce domaine, est particulièrement angoissante, en ce qui concerne «la guérison»).

4. Il vaut mieux se garder des interprétations psychanalytiques «sauvages»: allusion directe au mythe du vagin denté, au coupe-cigare, à une attirance maternelle oedipienne, à une homosexualité latente évidente, etc.

5. Du point de vue somatique, il vaut mieux éviter d'administrer un traitement hormonal de soutien avant d'avoir fait réaliser un bilan endocrinologique complet.

Dans la pratique, certaines attitudes médicales peuvent être recommandées.

1. Tout d'abord, éloigner le sujet de la situation sexuelle qui devient, en quelque sorte, pour lui, le «test», la «pierre d'achoppement» de son problème. Le conseil d'abstention sexuelle momentanée (utilisé, d'ailleurs, systématiquement, dans les techniques thérapeutiques mastériennes) permet de diminuer l'anxiété liée à une réalisation vécue comme impossible, éventuellement de renforcer un potentiel sexuel épuisé et, si le malade a un esprit de contradiction bien développé, de lui donner, parfois, l'occasion d'enfreindre les ordres du médecin, en lui prouvant qu'il s'est trompé.

2. Il s'agit de revoir le patient à intervalle judicieux; le revoir trop souvent augmente son anxiété; trop rarement est signe indirect d'abandon.

3. Quand on a affaire à un sujet jeune ou moins jeune mais encore relativement ignorant, un petit cours d'anatomie, de physiologie ou de psychologie se révèle souvent efficace par son effet déculpabilisant.

4. Il faut aborder et déculpabiliser les tendances perverses: les véritables pervers sont très rares mais les séquelles perverses de la sexualité infantile sont fréquentes; dans ces cas, le jeune sujet se croit toujours un cas unique et repoussant; il n'ose confier à personne ses «abominables» fantasmes: l'explication permissive du médecin permet d'intégrer progressivement ces tendances, dans la personnalité, avec moins de culpabilité.

5. Bien entendu, les thérapeutiques anti-dépressives s'imposent si on a affaire à un état dépressif franc, qui commence, d'ailleurs, très fréquemment, par une impuissance.

Si, au contraire, le symptôme essentiel paraît être une anxiété considérable, un traitement par anxiolytiques et une psychothérapie supportive amélioreront rapidement le sujet.

III. ASPECTS DIAGNOSTIQUES RECENTS

A. TROUBLES VASCULAIRES:

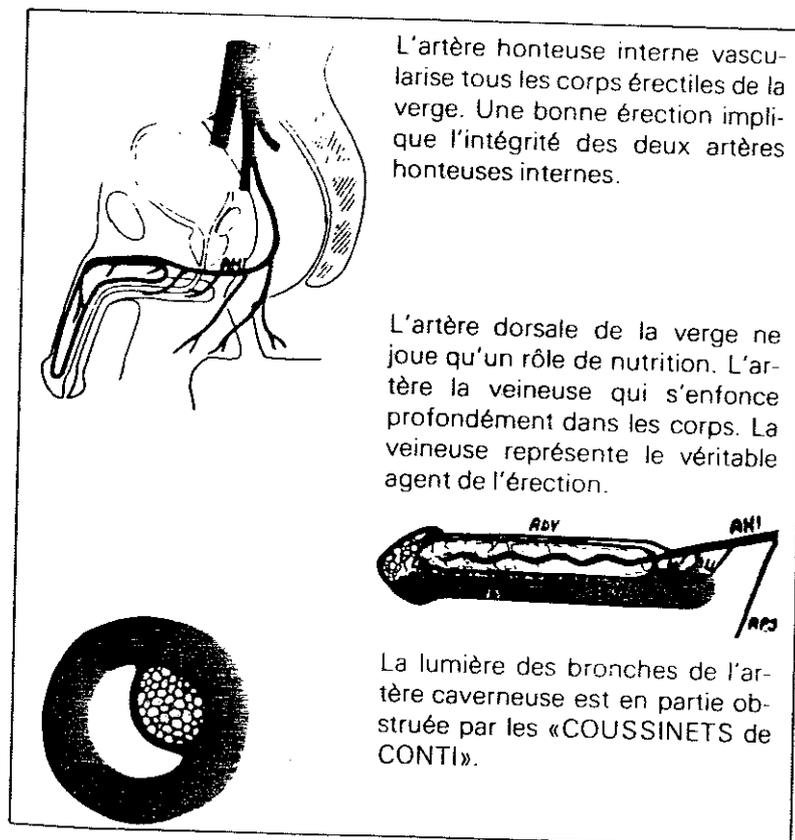
SUBRINI (Montpellier) démontre que l'érection n'est pas un phénomène artériel passif, comme on l'a longtemps envisagé, mais un phénomène artériel actif (vaso-dilatation par contractions des bandelettes de CONTI, sous l'influence du para-symphatique).

Dès 1972, des artériographies honteuses internes mettent en évidence, chez certains impuissants d'âge moyen, le plus souvent, des thromboses de l'artère honteuse interne

Des phlébographies révèlent des lésions des valvules veineuses et permettent d'expliquer certaines impuissances par chute érective secondaire, après quelques secondes ou minutes d'excitation qui paraissent normales au départ.

L'utilisation de la thermographie est systématique chez les impuissants de plus de 40 ans, en France, actuellement.

Fig. 1: (d'après SUBRINI).



B. TROUBLES PSYCHO-NEUROENDOCRINIENS:

A côté de certaines affections endocriniennes avérées, pouvant entraîner une impuissance «d'origine organique», il existe des troubles fonctionnels, plus discrets par définition et aussi plus difficiles à déceler qui participent à la **genèse psychosomatique**, au sens fonctionnel et non lésionnel du terme, de beaucoup de cas d'impuissances, considérées jusqu'ici comme psycho-génétiques: la perturbation émotionnelle déclenchante entraîne, dans ces cas, plus ou moins rapidement, des modifications fonctionnelles somatiques, psycho-physiologiques ou biochimiques, venant aggraver, en cercle vicieux, le trouble initial.

1. Le taux de testostérone circulante

Dans une étude de 100 cas d'impuissance hétérosexuelle, réalisée dans une optique multidisciplinaire (psychologie clinique, neuro-endocrinienne et «testologique»), nous avons dosé le taux de testostérone circulante par la méthode de la chromatographie en phase gazeuse. Cette technique, contrairement aux techniques de routine qui dosent plusieurs androgènes, en même temps, (au moins testostérone et déhydrotestostérone) permet de déterminer avec précision le seul taux de testostérone circulante.

Le tableau 1 exprime les résultats trouvés chez les impuissants primaires (n = 22) et secondaires (n = 78) par rapport au taux de référence d'une population normale. Les taux de testostérone sont exprimés en nanogrammes pour 100 ml de plasma.

Tableau 1: Taux de testostérone.

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

22 sujets de notre population ont un taux de testostérone situé entre 970 et 510, soit, dans la moyenne, (plus ou moins 1 sigma), de la population normale.

48 autres ont un taux de testostérone inférieur à 280 nanogrammes (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 et non somato-psychique puisque, chez certains sujets cliniquement améliorés, sans thérapeutique hormonale substitutive, ce taux se rapproche, atteint ou dépasse une valeur normale.

2. Le diabète chimique:

En 1973, ECK (Paris) constate que les états pré-diabétiques diminuent ou suppriment la puissance sexuelle de l'homme. Depuis lors, TORDJMAN (communication personnelle) découvre un nombre absolument excessif de diabètes chimiques (glycémie à jeûn normale mais réaction à l'hyperglycémie provoquée pathologique) par rapport à ce que l'on pourrait attendre par référence à une population normale, parmi les cas d'impuissance érective.

3. L'hyperprolactinémie:

Les expérimentateurs français (TORDJMAN et collaborateurs) ont constaté que certains malades, atteints d'impuissance érective conservaient un taux de prolactine sanguine circulante beaucoup trop élevée, des mois, voire des années après l'administration de certaines médications, en particulier, psychotropes tels que le Sulpiride, l'Halopéridol, la Chlorpromazine.

Chez beaucoup de ces sujets, l'administration d'une substance anti-prolactinémique entraîne la disparition ou l'amélioration du trouble sexuel.

4. L'antagonisme Dopamine - Sérotonine

Les centres nerveux commandant aux processus sexuels dans le cerveau archaïque seraient sous la dépendance de 2 neurotransmetteurs antagonistes: la Dopamine serait stimulante et la Sérotonine inhibitrice de leurs activités.

Les médications «anti-Sérotonine» ont permis de traiter, avec succès, certains cas d'impuissance, moins fréquemment sans doute que des malades, dont les désirs sexuels avaient tendance à diminuer.

C. TROUBLES PSYCHOLOGIQUES. METHODE DES TESTS. (C. MORMONT)

Dans la littérature, l'étude de l'impuissance sexuelle par les tests fait pratiquement défaut. Aussi nous en tiendrons-nous à quelques-unes de nos observations portant sur les tests (MMPI, Rorschach) de 100 impuissants érectifs hétérosexuels.

Au MMPI, près des 2/3 des impuissants présentent au moins une note pathologiquement haute, les échelles les plus fréquemment

élevées étant les échelles dépression (28 %) et psychasthénie (27 %).

Le profil moyen établi à partir des 100 cas présente un décalage significatif vers le haut pour les échelles dépression, hystérie, psychopathie, psychasthénie et schizophrénie.

Si l'on soumet l'ensemble de l'échantillon à une analyse mathématique, on en arrive à fragmenter ce profil moyen en quatre profils distincts: le premier rigoureusement normal, le deuxième et le troisième s'écartant de la moyenne l'un pour les échelles psychopathie, psychasthénie, schizophrénie, manie et anxiété, l'autre pour les échelles dépression et masculinité-féminité. Signalons aussi que ce groupe constitué sur base du MMPI présente un profil endocrinien particulier (LH et FSH élevés). Enfin, le quatrième sous-groupe est très gravement pathologique, la valeur moyenne de 4 échelles (dépression, hystérie, psychasthénie, schizophrénie) dépassant le seuil critique de 70.

Au Rorschach, la pauvreté de la production est flagrante, puisque 79 des cent impuissants donnent moins de 20 réponses (médian: 13). On compte au moins un refus dans plus de la moitié des protocoles et le type de résonance intime est coarté 60 fois. Ce syndrome dépressif et anxieux est très répandu. Le fonctionnement intellectuel lui-même, tel qu'on peut l'apprécier à partir de l'activité perceptive (F + %) n'est normal que dans 39 % des cas.

Le calcul d'un indice d'expression des affects (TIMSIT) donne des résultats plus proches des notes de référence de patients psychosomatiques que de celles de patients non psychosomatiques.

Sans entrer ici dans le répertoire des éléments psychodynamiques (mais en évoquant toutefois la fréquence de l'homosexualité et de la perversion latentes), on possède suffisamment d'indications permettant d'affirmer l'existence d'une psychopathologie plus importante et plus fréquente que ce qui était prévisible grâce à la seule approche clinique.

IV. ASPECTS THERAPEUTIQUES RECENTS

I. TRAITEMENTS VASCULAIRES

Ils relèvent davantage de la compétence de l'interniste que de celle du psychiatre ou du psychosomaticien: les vaso-dilatateurs agissant essentiellement sur les artères de calibre moyen ou fin ou sur les artérioles ne manquant pas; parfois, le chirurgien vasculaire intervient soit pour reperméabiliser des segments artériels ou artériolaires oblitérés soit en pratiquant une sympathectomie adjuvante.

II. TRAITEMENT CHIRURGICAL DE L'IMPUISSANCE ORGANIQUE PAR PROTHÈSES PÉNIENNES (SUBRINI et ASSIE: Montpellier).

En 1954, pour la première fois, COUVELAIRE a l'idée de rendre rigide la verge d'un impuissant à l'aide d'une douzième côte; le résultat ne s'est malheureusement pas maintenu.

SUBRINI et ASSIE, dès 1970, envisagent l'intubation des corps caverneux; ils utilisent un élastomère de silicone, matière synthétique très bien tolérée. La prothèse butte sur des points d'appui antérieurs et postérieurs solides, les culs de sac des corps caverneux.

L'enfouissement de la prothèse, sous deux plans de couverture (albuginée et tissus cutanés), dont les incisions sont décalées, offre encore une garantie supplémentaire. En dépit de la rigidité donnée à la verge, il faut que celle-ci conserve une mobilité normale; la prothèse est conçue de telle façon que son segment postérieur, très souple, laisse à la verge une mobilité qu'une érection physiologique ne permettrait pas. La prothèse est un cylindre de 20 cm de longueur, dont l'extrémité antérieure, rigide, est à destination pénienne et la partie postérieure, souple, à destination périnéale. (cfr. Fig. 2 et 3).

Ces prothèses sont aisément taillées sur mesure au bistouri.

Une circoncision est pratiquée, systématiquement, pour éviter un para-phimosis secondaire.

Les rapports sexuels peuvent avoir lieu entre le premier et le deuxième mois post-opératoire.

Fig. 2: (d'après SUBRINI). Vue de face des prothèses péniennes en place.

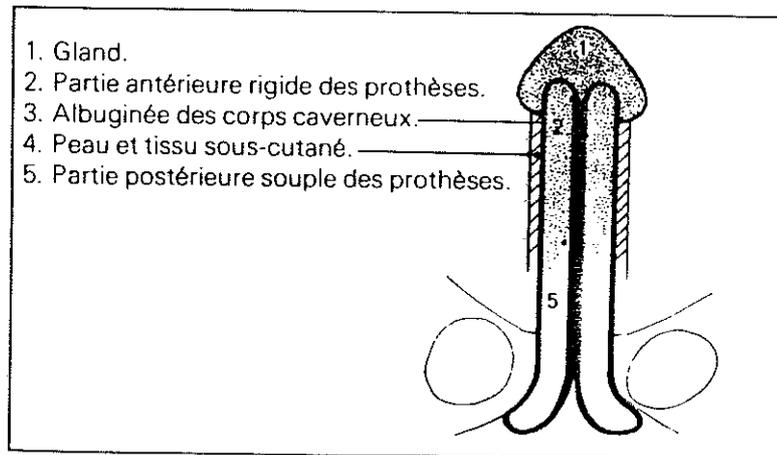
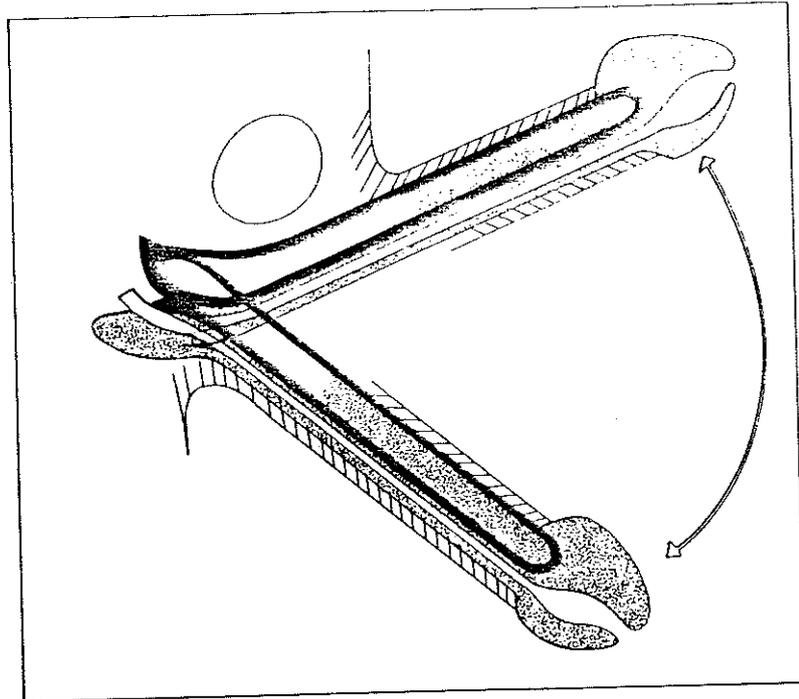


Fig. 3: (d'après SUBRINI). Vue de profil
 Noter le rôle du segment postérieur souple qui laisse à la verge une mobilité presque normale.



Etiologie des impuissances organiques opérées:

Le tableau 2 exprime les étiologies des impuissances organiques opérées.

Tableau 2

ETIOLOGIE DES IMPUISSANCES ORGANIQUES OPERÉES - 38 cas.				
Causes neurologiques	Causes vasculaires			
	Thromboses artérielles		Fibroses caverneuses	
Paraplegie	1 Art. iliaque	2	La Peyronie	8
Myeloméningocèle	1 A. Honteuses int		Post Traumatiques	3
Neuropathie diabétique	4 - bilatérale	2	Congénitales	1
Amputation du rectum	6 - unilatérale	5	Post. priapisme	1
	Thromboses distales	4		
12 cas	13 cas		13 cas	

Les 38 impuissants opérés ont tous des rapports sexuels: 35 avec 2 prothèses et 3 avec une seule.

Un recul de 5 ans permet de penser que, après le troisième ou quatrième mois, la tolérance paraît définitive.

Soulignons que les prothèses péniennes amènent la fertilité à l'impuissant: dans 2 cas, l'intervention a ainsi amené la procréation désirée.

L'opération a permis à 3 célibataires de se marier.

Toutefois, il ne faut pas demander à la prothèse ce qu'elle ne peut offrir: une dysharmonie du couple, due à autre chose qu'à l'impuissance du partenaire survit à l'opération et nécessite sa thérapeutique propre.

III. THERAPEUTIQUES COMPLEXES

Ce sont les traitements que nous avons appliqués à nos malades dans l'étude multidisciplinaire de 100 cas d'impuissance hétérosexuelle à laquelle nous faisons allusion ci-dessus.

Nous avons décidé, dans un premier temps, de nous limiter à des thérapeutiques dont les effets peuvent être espérés à brève échéance. 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 psychothérapeutiques plus élaborées (training autogène, psychothérapie d'inspiration psychanalytique, psychothérapie de groupe, etc.) ont pu être prévues pour les sujets qui n'ont pas répondu à nos traitements.

Les méthodes thérapeutiques, que nous avons utilisées, en association ou non, sont les suivantes:

- a. la psychothérapie de soutien.
- b. le stress nasal (vide infra).
- c. l'administration d'hormones (androgènes et gonadotrophines).
- d. 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'anti-dépresseurs et d'anxiolytiques, associés à une psychothérapie supportive.

Au contraire, un patient, chez lequel nous avons trouvé des valeurs hormonales (testiculaire, hypophysaire) 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 2 plans et doit être appliqué d'emblée.

Pour apprécier, le plus objectivement possible, les résultats obtenus, nous nous sommes servis de critères qui ont fait l'objet d'un codage, de façon à pouvoir être traités par ordinateurs. Le tableau 3 montre les critères d'évaluation des résultats.

Tableau 3: Critères d'évaluation des résultats.

I. Qualité de l'érection	1. Insuffisance (ne permettant pas l'intromission) 2. Améliorée mais insuffisante 3. Présumée suffisante (1) 4. Suffisante (ayant permis l'intromission)
II. Fréquence de l'érection	1. Toujours là 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)

Méthodes:

- 5 % des sujets ont été traités uniquement par une psychothérapie supportive, relativement brève;
 - 8 % des sujets 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 psycho-pharmacologique, 9 % comme seule thérapeutique, 65 % en association.
- 55 % de notre population ont été traités d'emblée par des psychotropes et des hormones.

Résultats:

Le tableau 4 exprime les résultats thérapeutiques.

Tableau 4: 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, pendant lequel le patient a été revu de 3 mois en 3 mois).

LE STRESS NASAL:

Corrélations fonctionnelles naso-génitales:

Des expériences, chez l'animal, d'ablation des cornets inférieurs, entraînant des atrophies testiculaires ou, au contraire, d'injections d'extraits de cornets inférieurs, amenant des hyperplasies génitales, ont permis d'établir des corrélations fonctionnelles naso-génitales, dans les 2 sens: en effet, des injections d'extraits d'ovaire chez le chien et chez le rat entraînent une congestion érective de la muqueuse intra-nasale. Il semblerait que la testostérone congestionne surtout les artères chez les mâles et les veines chez les femelles.

En conclusion, si les sécrétions endocrines sont capables d'influencer l'état anatomo-physiologique de la muqueuse nasale, il est inversement vrai que l'excitation artificielle de cette muqueuse, en certains endroits choisis, détermine des hyperactivités endocriniennes (hypophysaires et génitales, surtout).

Chez l'homme, des sensations d'obstruction nasale, désagréable et subite (et disparaissant avec la chute de l'érection), ont été décrites au cours du coït.

Des cas d'hypertrophie des cornets et des saignements de nez ont été rapportés par d'autres auteurs, suite à des activités masturbatoires répétées.

L'ozène est traitée, avec succès, par de nombreux médecins allemands, au moyen d'hormones génitales et, plus particulièrement, ovariennes.

Il n'est plus besoin de rappeler l'analogie anatomique entre le système érectif pénien, chez l'homme, clitoridien, chez la femme, et certaines zones des cornets et de la cloison nasale.

C'est pour ces raisons que le **STRESS NASAL** peut être utilisé comme moyen thérapeutique dans certains cas d'impuissance, plus ou moins rebelle aux thérapeutiques plus communes.

Les auteurs (O.R.L. et sexologues) sont d'accord qu'il ne s'agit ni d'un effet «placebo» ni d'un effet de suggestion.

Il y aurait stimulation hypophysaire, testiculaire et surrénalienne.

D'ailleurs, LANDRY (Reims) et ses collaborateurs ont mis en évidence chez les sujets soumis à un stress nasal, après une diminution transitoire, une élévation du taux de 17-cétostéroïdes, dans les urines de 24 heures (sans thérapie hormonale substitutive, bien entendu) ainsi que de la glycémie et du nombre des éosinophiles.

Technique:

Il s'agit de cautériser, au galvano-cautère, avec ou sans anesthésie locale, à une profondeur de 3 millimètres, en pleine zone érective:

- a. la tête du cornet inférieur.
- b. la queue du cornet inférieur.
- c. le tubercule de la cloison nasale.

Ces zones avaient été appelées «zones génitales» par FLIESS, au début du siècle.

Une cure comporte, en général, 15 séances de stress nasal.

Résultats:

235 hommes ont été traités par LANDRY; il a dénombré 102 guérisons complètes, 75 guérisons partielles et 58 échecs.

Cet auteur associe souvent une hormonothérapie et une vitaminothérapie d'appoint à fortes doses (A et E) ce qui augmente encore le pourcentage de succès thérapeutique.

Nous avons confié 18 de nos malades à un spécialiste O.R.L. qui a pratiqué, chez eux, un stress nasal; ces patients n'avaient pas réagi aux thérapeutiques habituelles, que nous avons décrites ci-dessus (hormonale, psychotrope, psychothérapique supportive ou complexe).

La moitié de ces sujets (9) a signalé une amélioration appréciable et durable de leur état (érection suffisante pour pratiquer une intromission).

Un sujet supplémentaire a des érections qu'il présume suffisantes, mais sans avoir eu l'occasion de le vérifier.

Un autre signale une amélioration érective temporaire, un autre encore, une amélioration relative mais insuffisante pour pratiquer une intromission.

Un malade n'est jamais revenu à la consultation de contrôle; 5 sujets sont restés des échecs thérapeutiques totaux.

Nous pouvons conclure que la technique du stress nasal permet de traiter, avec succès, 50 % des malades qui n'avaient pas réagi, antérieurement, aux thérapeutiques habituelles.

SEXOTHERAPIE MASTERIENNE:

La sexothérapie mastérienne (MASTERS et JOHNSON) est une thérapie symptomatique, inspirée des théories «behavioristes» c'est-à-dire comportementales (PAVLOV, SKINNER, EY-

SENCK et d'autres). Cette technique s'appuie sur un postulat: un trouble psychosexuel concerne, par définition, les 2 membres d'un couple (et non un seul) et doit être traité par un couple de thérapeutes.

Cette conception ne peut, à notre sens, être généralisée à tous les troubles psychosexuels: le malade célibataire qui en est à son troisième ou quatrième mariage, à sa Xième liaison, qui n'arrive plus à compter ses «aventures», qui est, de surcroît, un client fidèle des «maisons closes», et qui, dans tous les cas, se plaint d'impuissance peut difficilement invoquer le caractère relationnel de son trouble, à moins qu'on ne considère comme couple, le couple fantasmatique du sujet avec l'image maternelle, par exemple: nous sortirions, alors, des définitions comportementalistes qui concernent la réalité et non l'inconscient ou l'imaginaire.

Il est, toutefois, patent que bon nombre de troubles psychosexuels, même s'ils sont ou sont devenus psychosomatiques et doivent, par conséquent, être considérés comme individuels et non relationnels, trouvent leur origine plus ou moins «traumatique» dans une difficulté psychologique entre les deux membres d'un couple et peuvent être traités, rééduqués par une sexothérapie mastérienne.

Ce traitement comporte une quinzaine de séances (une heure environ) permettant des rencontres, des échanges affectifs et des apports informatifs entre le couple de thérapeutes et le couple malade.

Les principes de la cure sont les suivants:

1. informer, former, désangoisser et déculpabiliser.
2. établir ou rétablir, au sein d'un couple, la communication verbale et non verbale (surtout gestuelle).
3. apprendre ou réapprendre le langage sensuel.
4. entretenir et stimuler l'appétit érotique par l'adjonction de techniques spécialisées (lectures, diapositives, films, relaxation, expression corporelle, etc.).

Voici la présentation d'un cas clinique, traité au C.T.R.S. (Centre de Thérapie et de Recherche Sexologique) à Bruxelles.

Impuissance primaire chez un homme de 33 ans, résolue en 15 entretiens sexothérapeutiques d'inspiration Mastérienne et adjonction thérapeutique d'un film du National Sex Forum (Sensate Focus). - C. GILLIS - E.J. LEBLANC -

Dans le cadre de notre Centre de Thérapie et de Recherche Sexologique à Bruxelles (C.T.R.S.), notre équipe mixte, composée d'un gynécologue - sexologue et d'une psychologue sexologue, a accepté de prendre en traitement un couple envoyé par un

Les exercices de reconcentration sensorielle sont accomplis comme une prescription, sinon comme une corvée. Quand elle caresse son fiancé, son esprit est essentiellement préoccupé par la recherche de la performance de cette érection qui ne vient pas: «les autres que j'ai connus ne réagissent pas comme lui». Alain, cependant, éprouve beaucoup de plaisir au moment des caresses, mais tous deux restent obsédés par cette érection à atteindre à tout prix, bien que les thérapeutes aient expressément interdit de s'en occuper.

Lors du 7ème entretien:

Leur dialogue s'est nettement amélioré, les griefs, les déceptions, les aspirations ont pu s'exprimer, mais rien ne se passe sur le plan organique et le découragement se manifeste. Les caresses, maintenant orientées sur la sphère génitale ne provoquent rien sur cette verge défaillante. Béatrice en est profondément vexée: «ce n'est pas normal», insiste-t-elle. Néanmoins, Béatrice prend conscience de son attitude négative et peu confiante à l'égard de son fiancé. Elle ressent un certain sentiment de culpabilité. Elle perçoit qu'elle enfonce et culpabilise davantage Alain au lieu de l'aider à reprendre confiance en lui.

Au 9ème entretien:

Béatrice semble désespérée, prête à suspendre la cure par découragement. Alain désire continuer. Comme thérapeutes, nous refusons la rupture du contrat. Cette semaine, un événement s'est produit: une nuit, Béatrice s'est réveillée et «Monsieur se masturbait». Elle perçoit cet acte comme un rejet et se sent complètement inutile, vu que Monsieur «jouit» tout seul. Lui se sent humilié, fautif; il a peur d'être rejeté et, pour la première fois, il manifeste une certaine agressivité contre la réaction négative, violente et excessive de sa partenaire. Lors de ce 9ème entretien, elle l'agresse ostensiblement. Alain va-t-il réagir, être provoqué et stimulé par cette agressivité? ou également désespéré?

Au 10ème entretien:

Alain commence un peu à s'affirmer et même à s'opposer à sa fiancée. De plus, de temps à autres, lors des caresses, une certaine érection se manifeste timidement mais elle reste fugace et temporaire. La recherche de la performance de l'érection les empêche de jouir pleinement des caresses. Malgré notre insistance, après de multiples discussions, ils ne parviennent pas à sortir de ce cercle infernal.

psychiatre. Celui-ci avait pratiqué, en collaboration avec d'autres médecins, certains examens biologiques et endocrinologiques qui s'étaient révélés normaux. Quelques entretiens psychothérapeutiques semblaient ne pas convenir à ce couple, particulièrement à l'homme qui avait une réelle difficulté à s'exprimer verbalement.

Béatrice et Alain sont fiancés depuis deux ans: elle est employée (30 ans), il est ouvrier qualifié (33 ans). Ils ont rompu leurs fiançailles et se sont reconciliés à deux reprises. En effet, Béatrice aime son fiancé mais ne tolère pas son impuissance et, par découragement, en arrive à ces ruptures successives. D'autant plus qu'elle a eu, antécédemment, des expériences sexuelles fructueuses et épanouies.

Alain, lui, ne parvient pas à l'érection en présence de Béatrice. Néanmoins, des érections spontanées et des émissions nocturnes surviennent régulièrement, ce qui engendre vexation et frustration chez Béatrice. Alain raconte aussi un épisode sexuel antérieur avec une autre jeune fille; lors de cet épisode, il aurait eu une érection. Sa fiancée ne veut pas le croire et va jusqu'à interroger cette jeune fille qui lui répond de façon évasive et non concluante.

Notre schéma thérapeutique comporte trois entretiens préliminaires et ensuite 12 séances de cure proprement dite.

Lors du premier entretien

Béatrice se présente comme une personne très directe et franche. Elle exprime aisément ce qu'elle ressent vis-à-vis d'Alain: son amour comme son agressivité. Elle a certaines idées très arrêtées, légèrement atténuées par les lectures prescrites par les thérapeutes. Alain est plutôt réservé, timide, renfermé, assez peu loquace, très avare dans l'expression de ses sentiments. Il semble écrasé par la personnalité de sa fiancée; il ne se sent pas à la hauteur et dit toujours oui à Béatrice, par peur de la contredire ou de la décevoir. Le patient semble attribuer son impuissance à la masturbation qu'il pratique depuis l'âge de 15 ans. Béatrice ne fait que confirmer cette hypothèse. A la limite, elle le méprise pour son handicap: «Tu n'es pas un homme».

En tout cas, le mariage ne pourra se conclure si l'impuissance persiste.

Les premiers entretiens sont peu réconfortants: après une euphorie fugace, Béatrice manifeste rapidement de la méfiance et un certain scepticisme vis-à-vis de la sexothérapie et vis-à-vis de son fiancé, «brave mais incapable». Elle désire poursuivre la cure mais la considère comme la tentative de la dernière chance pour débloquer leur situation. Elle est bien décidée à rompre en cas d'échec.

Au cours du 11ème entretien:

Après nous être concertés, face à l'échec qui pointait à l'horizon et pensant le moment opportun, nous décidons de leur projeter le film sur la rééducation d'un impuissant. Il nous semblait urgent de débloquer la situation.

Dans le bureau de consultation, lors de ce 11ème entretien, nous leur projetons simplement le film «sensitive focus» sur le mur. La réaction de Béatrice est assez neutre à première vue. Son fiancé ne fait aucun commentaire. Néanmoins, ils ne sont pas choqués par la réalité des images.

Au 12ème entretien:

A notre grande surprise, chaque jour de cette semaine, Alain a une érection suffisante et durable avec pénétration concomitante. Au fond, Béatrice a été irritée par ce film mais en a tiré une conclusion, pour elle-même: «si cette femme, dans le film, arrive à rééduquer son partenaire, je dois moi aussi y arriver». Elle ne donne aucune autre interprétation de son vécu ressenti devant ce film. Quant à Alain, il a plutôt été stimulé, encouragé par la réussite de ce couple. Au cours des trois dernières semaines de la cure, ils ont des rapports sexuels presque quotidiens. Alain a, de plus en plus, confiance en ses capacités érectives; ses doutes sur sa virilité s'estompent, du moins le déclare-t-il, d'une manière assez rapide. Ils retrouvent, en même temps, une grande confiance mutuelle.

Lors du dernier entretien:

Ils nous parlent de la date de leur mariage et de leur souhait d'une grossesse rapide.

Nous devons les revoir environ dans 3 mois au plus tôt, s'ils le souhaitent. Six semaines après la fin de la cure, Béatrice nous apprend, par téléphone, qu'elle est enceinte; quelques semaines plus tard, nous recevons le faire-part de mariage.

Nous nous intéressons beaucoup à l'évolution de ce couple dans les mois et les années à venir et, avec leur accord, nous comptons les suivre durant 5 ans, au moins.