# ÉTATS DÉPRESSIFS ET DYSFONCTIONS SEXUELLES MASCULINES

**Louise AUBERTIN*, Pierre ALARIE**,**
**François BLANCHETTE*** et Alexandra DOMINIQUE******

**RÉSUMÉ**
Dans la littérature sexologique, la dépression semble rattachée à la présence de dysfonctions sexuelles diverses. Cependant, peu d'études ont tenté de cerner les variations existant entre cette variable et les dysfonctions sexuelles d'étiologie organique ou psychogène. Dans cette perspective, une recherche rétrospective a été effectuée à partir d'un échantillon clinique de 134 sujets masculins souffrant de dysfonctions sexuelles ayant été évalués à l'aide d'un examen médicosexologique comprenant un test d'autoévaluation mesurant l'intensité de la dépression. Cette étude permet de mieux cerner les caractéristiques entourant les interactions entre la dépression et les dysfonctions sexuelles, et montre que les dysfonctions sexuelles d'origine psychogène semblent associées à un état dépressif. De plus, l'âge des sujets ainsi que l'âge à l'apparition des problèmes sexuels seraient des variables à ne pas négliger au moment d'une intervention sexologique.

**Mots clés**
Dépression ; dysfonction sexuelle ; homme.

---

La littérature sexologique montre que la dépression se retrouve souvent associée à des dysfonctions sexuelles. Par contre, peu de recherches présentent de façon systématique les relations entre la dépression et les dysfonctions sexuelles. À cet effet, il est donc inté-

* Sexologue clinicienne à l'Unité de médecine familiale de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont, 5689, boul. Rosemont, Montréal (Québec) H1T 2H1.
** Médecin omnipraticien à l'Unité de dysfonction et de développement sexuels de l'Hôpital Saint-Luc de Montréal.
*** Sexologue clinicien à l'Unité de dysfonction et de développement sexuels de l'Hôpital Saint-Luc et en pratique privée.
**** Sexologue clinicienne en pratique privée.

*Revue sexologique*, 1995, vol. 3, n° 2, 29-46.

ressant de vérifier auprès d'une population clinique l'existence d'une corrélation entre la présence d'états dépressifs et les dysfonctions sexuelles. La complexité de plus en plus grande des pathologies sexuelles présentées en sexologie clinique nous amène à chercher un éclairage plus spécifique de ces dimensions.

**Dépression**

La dépression (majeure) est classée parmi les troubles de l'humeur et s'accompagne principalement soit d'une humeur dépressive, soit d'une perte d'intérêt ou de plaisir pour les activités régulières de la vie. Elle peut être associée à différents symptômes d'ordre cognitif, neurovégétatif et psychomoteur. Les symptômes de l'état dépressif peuvent être d'intensité légère, modérée ou sévère. L'état dépressif s'accompagne invariablement de troubles de l'humeur teintés d'affects négatifs, mais parfois aussi d'excitation et d'exaltation. La perte de l'estime de soi (indignité, incapacité) serait un trait dominant de la dépression (Bergeret, 1987). Elle s'accompagne également de désinvestissement envers les plaisirs de la vie, d'inactivité et très souvent de perte de contacts sociaux. Les problèmes sexuels seraient fréquemment cités parmi les stresseurs psychologiques chroniques (Chaloult, 1990). La prévalence serait d'environ 2 % à 3 % chez les hommes adultes au sein de la population générale (DSM-IV, 1994). Divers modèles théoriques tentent d'expliquer la dépression. Ainsi, nous explorerons les hypothèses explicatives des modèles psychodynamique, biopsychosocial et cognitif.

Dans une perspective psychodynamique, la dépression serait un processus de retournement de l'agressivité contre soi-même. L'origine de la dépression serait liée à des pertes ou des séparations réelles ou imaginaires (Freud, 1917). Selon Haynal et Pasini (1984), la dépression serait associée à un sentiment de perte accompagné d'une réaction physiologique de deuil. C'est un mécanisme qui s'appuie sur une régression narcissique, la constatation de l'échec (Moi paralysé) dans l'effort pour établir des relations affectives et des identifications positives.

Selon le modèle biopsychosocial, la dépression aurait une origine multicausale. Il existerait des facteurs prédisposants (biologiques, familiaux et socioculturels), des facteurs déclenchants (les stresseurs organiques, comme les maladies graves ou chroniques, ou les deux, et les stresseurs psychologiques, comme l'environnement, la dynamique familiale, les traumatismes et les conflits), ainsi que des facteurs d'entretien (la dépression biologique et les comportements appris),

qui seraient responsables de l'apparition et du maintien des états dépressifs (Chaloult, 1990).

Par contre, dans une perspective cognitiviste, la dépression s'explique principalement par des mécanismes cognitifs négatifs (distorsions cognitives), elle correspond à une perturbation des processus de la pensée. Les distorsions cognitives, comme la généralisation ou la dramatisation, seraient à la source des pensées négatives et des interprétations négatives des expériences vécues. La personne développe alors des systèmes de valeurs inadéquats, des « schémas dépressogènes ». Le système de pensée de la personne dépressive se présente par une triade cognitive négative caractérisée par des cognitions négatives sur soi, sur son environnement et sur son avenir. L'histoire du sujet serait à l'origine du développement d'attitudes et de croyances qui prédisposent à la dépression (Beck *et al.*, 1979, Chaloult, 1990).

**Dysfonctions sexuelles**

Le DSM-IV (1994) définit la dysfonction sexuelle comme une perturbation dans le cycle de la réponse sexuelle ou comme une souffrance associée aux relations sexuelles. Elle doit être différenciée des troubles d'identité et des déviances sexuelles. Dans la littérature sexologique actuelle, nous retrouvons un certain consensus en faveur de l'étiologie plurifactorielle des dysfonctions sexuelles. Généralement, nous retrouvons une division entre les causes organiques et les causes psychogènes. Une dysfonction sexuelle est dite organique lorsqu'une ou plusieurs pathologies physiques en sont la source. Elle est dite psychogène si nous retrouvons des problèmes d'ordre affectif, émotif, ontologique, cognitif ou relationnel (Abraham et Pasini, 1975 ; Abraham et Porto, 1978 ; Beltrami et Couture, 1988 ; Campbell et Alarie, 1986 ; Cassan, 1990 ; Conte, 1986 ; Gloor *et al.*, 1982 ; Haynal et Pasini, 1984 ; Kaplan, 1979 ; LoPiccolo, 1985 ; Poudat et Jarrousse, 1986 ; Trimmer, 1981 ; Zwang, 1990b).

Des causes organiques sont fréquemment responsables de l'apparition d'une dysfonction sexuelle. Ainsi, il est probable que tout problème touchant les systèmes endocrinien, vasculaire, neurologique et musculaire puissent provoquer une dysfonction sexuelle organique. Également, les maladies systémiques, les traumatismes, certaines chirurgies ainsi que les intoxications iatrogènes (médicaments) et exogènes (drogues et alcool) peuvent causer ou contribuer à l'émergence d'une dysfonction sexuelle (Alarie, 1988 ; Alarie *et al.*, 1991 ; Beltrami et Couture, 1988 ; Kaplan, 1983 ; Paradis et Lafond, 1990).

Quant aux causes psychologiques, elles varient selon le modèle théorique privilégié. Le modèle dynamique présente les dysfonctions sexuelles sous le mode de conflits non résolus ou de failles dans le développement psychosexuel. Le modèle cognitivo-béhavioral présente les dysfonctions sexuelles comme étant le résultat de cognitions et de conditionnements négatifs perturbateurs individuels ou relationnels. Tandis que pour le modèle intégratif, les conflits psychiques, les mauvais apprentissages et la dynamique relationnelle conjugale sont responsables des dysfonctions sexuelles.

De plus, les dysfonctions sexuelles se classent en catégories spécifiques. Ainsi, une dysfonction sexuelle est dite primaire si elle a toujours existé. Elle est dite secondaire si la dysfonction est apparue après une phase de fonctionnement adéquat (Abraham et Pasini, 1975; Beltrami et Couture, 1988; Campbell et Alarie, 1986; Gloor *et al.*, 1982; Kilmann et Auerbach, 1979; Masters et Johnson, 1971; Trimmer, 1981).

**États dépressifs et dysfonctions sexuelles**

Dans une perspective psychodynamique, la dépression est définie comme un mécanisme névrotique qui protège l'individu contre les blessures narcissiques provoquées par une dévalorisation trop importante face à un échec sexuel ou non sexuel. La pathologie sexuelle serait en conséquence un effet direct de la dépression. Elle serait un symptôme somatique caractéristique de l'état dépressif, et le manque de désir sexuel serait la pathologie sexuelle la plus fréquemment associée aux états dépressifs. Le désir fait référence à la pulsion de vie. Lorsqu'il existe une dépréciation, une dévalorisation des intérêts, des plaisirs de la vie, il est habituel de retrouver un manque de désir sexuel (Brenot, 1990; Crépault, 1992; Gloor *et al.*, 1982; Haynal, 1984). Pour Haynal (1984), les relations entre les mécanismes psychosomatiques et la dépression s'expriment plus spécifiquement à travers les troubles érectiles et l'inhibition sexuelle qui deviendraient des symptômes d'un état dépressif. Par contre, certaines personnes présentent parfois une hypersexualisation défensive qui servirait à contrer la souffrance reliée à la dépression. Les hommes seraient plus particulièrement susceptibles de développer ce mécanisme de défense (Crépault, 1992).

Selon le modèle cognitivo-béhavioral, les dysfonctions sexuelles peuvent apparaître comme des facteurs concomitants à un état dépressif. Les émotions négatives, les cognitions erronées, la dépréciation de soi, l'autopunition influencent significativement la fonction sexuelle. Les capacités érectiles et éjaculatoires seraient alors particu-

lièrement vulnérables aux états dépressifs (Beltrami et Couture, 1988 ; Derogatis et Meyer, 1979 ; Levine, 1977 ; Levine et Althof, 1991 ; Steichen, 1980).

Dans le modèle intégratif, les états dépressifs, même s'ils ne semblent qu'avoir un rapport lointain avec la sexualité, peuvent inhiber les capacités érectiles. Dans cette optique, le symptôme sexuel ne serait pas un mécanisme de défense contre un conflit ou un événement déstabilisant, mais plutôt un échec des mécanismes de défense et un envahissement de l'émotion qui inhibe le fonctionnement sexuel. La dépression et les dysfonctions sexuelles coexisteraient alors dans une relation psychosomatique, car des relations synergiques et antagonistes entre la pulsion sexuelle et certains neurotransmetteurs (sérotonine et noradrénaline) seraient présentes (Kaplan, 1979). À cet égard, la dépression serait une entité psychopathologique où la dysfonction sexuelle constituerait un symptôme. La présence d'un manque de désir sexuel serait un bon indicateur de la présence d'une dépression (Corraze, 1982 ; Dubovsky, 1991 ; Marmor, 1982 ; Smith, 1988 ; Zwang, 1990a). Par contre, d'autres auteurs suggèrent que la dépression et la dysfonction sexuelle existeraient dans une relation circulaire. La dépression se développerait suite à la blessure narcissique que provoque la dysfonction sexuelle et, par conséquent, la dépression viendrait renforcer la dysfonction sexuelle (Abraham et Pasini, 1975 ; Abraham et Porto, 1978 ; Porto, 1986 ; Poudat et Jarrousse, 1986 ; Rucquoy, 1989 ; Smith, 1988).

### Données empiriques

Différentes études semblent associer la dépression et les dysfonctions sexuelles. Ainsi, Derogatis et Meyer (1979), dans une recherche auprès de 47 sujets masculins présentant des dysfonctions sexuelles, montrent que ceux-ci présentent une sensibilité aux affects dépressifs. Mathew et Weinman (1982) ont, quant à eux, étudié l'incidence des dysfonctions sexuelles dans un groupe de 16 patients dépressifs. Des tests d'anxiété (Asta), de dépression (Beck) et un inventaire de personnalité (EPI) ont été administrés à tous les patients. Ils ont découvert que les patients dépressifs obtenaient des résultats élevés aux tests d'anxiété et de dépression et de changement de libido. Il existait également une forte corrélation entre les échelles de l'anxiété et de la dépression. Ils n'ont cependant pas découvert de corrélation spécifique entre les dysfonctions sexuelles (désir, érection, éjaculation) et les psychopathologies (anxiété, dépression). Mauri *et al.* (1984), dans leur recherche auprès de 66 sujets masculins présentant des troubles

érectiles, montrent que les traits de personnalité dépressive seraient un élément majeur dans l'étiologie des dysfonctions sexuelles.

Dans une étude, auprès de 101 sujets, Steer *et al.* (1986) ont trouvé que les patients dépressifs se différenciaient des patients anxieux et dysthymiques : ils étaient plus tristes et se plaignaient de perte de libido. Nofzinger *et al.* (1993), dans une recherche effectuée auprès de 40 patients, notent, quant à eux, qu'il n'y a pas de diminution de fréquence des activités sexuelles, mais plutôt une interprétation différente de la part des patients de la satisfaction sexuelle éprouvée.

Par contre, Meisler et Carey (1991), dans une étude portant sur 15 sujets souffrant de troubles sexuels psychogènes, n'ont pas réussi à influencer la tumescence pénienne par des affects dépressifs. Ils supposent une corrélation partielle entre les affects dépressifs et la capacité érectile. Dans une autre optique, des recherches portant sur les aspects endocriniens de la réponse sexuelle humaine montrent une baisse de la testostérone chez des patients souffrant de dépression majeure, ce qui laisse supposer l'existence de marqueurs biologiques influençant les dysfonctions sexuelles (Davies *et al.*, 1992 ; Steiger *et al.*, 1991).

La présente recherche tentait de vérifier l'existence d'interactions entre les dysfonctions sexuelles et la dépression. Elle cherchait à connaître dans quelle mesure la dépression s'associe à chacune des pathologies sexuelles masculines. Également, nous voulions vérifier si les troubles d'origine organique et les dysfonctions psychogènes sont liés aussi fortement l'un que l'autre à la dépression. Après avoir établi les liens entre la dépression et les dysfonctions sexuelles, nous voulions voir les modulations de la dépression selon certaines variables socio-démographiques.

## MÉTHODOLOGIE

La recherche a été effectuée à partir de dossiers médicaux d'une clinique médicale de Montréal. Les consultations médicales ont eu lieu entre 1982 et 1989. Le médecin consultant effectuait tous les examens et tests nécessaires à l'élaboration du diagnostic qu'il posait lui-même à la fin du processus d'évaluation. Il administrait également aux patients le test psychométrique (le Beck Depression Inventory, Gauthier *et al.*, 1982). Les dossiers étaient sélectionnés en fonction de trois critères : avoir un trouble sexuel comme raison de consultation, une évaluation médicale, le test psychométrique mesurant l'intensité de la dépression.

**Le questionnaire**

Un questionnaire médico-sexologique fut élaboré à partir de l'anamnèse régulière des médecins généralistes. Il devait contenir les éléments nécessaires à l'établissement d'un diagnostic médico-sexologique. Il incluait certaines données sociodémographiques, le questionnaire médical, l'examen physique, la liste des traitements médicaux antérieurs et les pathologies qui y étaient associées, les résultats de certains tests spécialisés[1] ainsi que le diagnostic final.

**Les sujets**

Notre étude portait sur 134 sujets masculins et 96,8 % appartenaient au groupe ethnoculturel québécois francophone. L'âge variait de 22 ans à 70 ans. L'âge moyen était de 51 ans. Leur niveau de scolarité variait : 34,3 % d'entre eux avaient terminé leur primaire ; 36,2 %, leur secondaire ; 11,4 %, leurs études collégiales et 17,2 % leurs études universitaires. Les sujets se retrouvaient dans différentes catégories socio-professionnelles représentatives de la société actuelle avec une participation importante de travailleurs spécialisés et non spécialisés (57 %). Sur le plan du statut civil, 62,7 % étaient mariés ou cohabitaient ; les autres étaient soit séparés (23 %) soit veufs (4,8 %), 9,5 % des sujets n'ont pas été classés.

Parmi les sujets de notre échantillon, 80 % avaient des enfants. Les sujets de cette recherche consultaient spécifiquement pour un problème relié à la sexualité. Pour 86 sujets (68,8 %), le problème sexuel était apparu de façon lente ou progressive, ou les deux, tandis que pour 39 sujets (31,2 %), le problème était apparu de façon subite. Au moment de l'apparition du problème sexuel, l'âge moyen de nos sujets était de 45 ans. Les sujets (56,6 %) consultaient en moyenne trois ans après l'apparition du problème.

La majorité des sujets de notre échantillon présentaient des diagnostics finaux multiples donc polysymptomatiques. Il était absolument nécessaire de différencier les sujets présentant une pathologie unique de ceux présentant plus d'une pathologie, une de nos hypothèses de départ étant qu'il existe une corrélation entre chacune des dysfonctions sexuelles et le niveau de dépression. Les sujets ne devaient pas se retrouver dans plus d'un groupe à la fois. Cette étude étant de type ex post-facto, nous ne pouvions pas exercer de manipulation expérimentale. Nous avons donc créé à partir de cet échantillon des groupes de dysfonctions sexuelles mutuellement exclusifs. À

1. Par exemple, l'inventaire de dépression de Beck (Beck et Steer, 1987).

partir de cette sélection, nous avons choisi les groupes de pathologies les plus représentatifs en nombre afin de pouvoir effectuer des analyses statistiques. Nous avons retenu les dysfonctions sexuelles suivantes : trouble du désir, trouble de l'érection, trouble de l'éjaculation précoce. Les autres dysfonctions sexuelles ne se retrouvaient pas en nombre suffisant pour être retenues. Notre échantillon se compose de huit groupes de sujets présentant des dysfonctions sexuelles mutuellement exclusives (tableau 1).

**TABLEAU 1**
**Distribution des sujets présentant des dysfonctions sexuelles mutuellement exclusives (N = 134)**

| Groupes | Dysfonctions sexuelles | N |
|---|---|---|
| (1) | Trouble de l'érection, organique secondaire | 1 |
| (2) | Trouble de l'érection, psychogène secondaire | 23 |
| (3) | Trouble de l'érection, psychogène secondaire<br>Trouble d'éjaculation précoce, psychogène primaire | 34 |
| (4) | Trouble de l'érection, psychogène secondaire<br>Trouble d'éjaculation précoce, psychogène secondaire | 9 |
| (5) | Trouble de l'érection, mixte secondaire<br>Trouble d'éjaculation précoce, psychogène primaire | 18 |
| (6) | Trouble du désir, psychogène secondaire<br>Trouble de l'érection, psychogène secondaire | 7 |
| (7) | Trouble du désir, psychogène secondaire<br>Trouble de l'érection, psychogène secondaire<br>Trouble d'éjaculation précoce, psychogène primaire | 25 |
| (8) | Trouble du désir, psychogène secondaire<br>Trouble de l'érection, psychogène secondaire<br>Trouble d'éjaculation précoce, psychogène secondaire | 7 |

À partir de cette sélection, nous avons effectué diverses analyses statistiques. Nous avons utilisé les tests suivants : des analyses de variance et le test « post hoc » de Duncan.

## RÉSULTATS

### États dépressifs et dysfonctions sexuelles

La moyenne de notre échantillon au test mesurant l'intensité de la dépression est de 11,5. Ce score correspond à un niveau de dépres-

sion léger. Le tableau 2 laisse voir que les résultats au test de Beck montre que les sujets (groupe 1) présentant une dysfonction sexuelle d'origine organique ne présentent pas de symptômes d'un état dépressif (M = 5,1), tandis que les sujets des autres groupes (2, 3, 4, 5, 6, 7, 8) présentant une ou des dysfonctions sexuelles d'origine psychogène montrent, quant à eux, des signes d'un état dépressif léger ou modéré (M = 12,3). Selon ces résultats, nous pouvons avancer que la présence d'un état dépressif léger et modéré semble être associé avec la présence d'une dysfonction sexuelle d'origine psychogène.

**TABLEAU 2**
**Différence dans la dépression selon les groupes de dysfonctions sexuelles**

| Groupes[1] | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Moyenne | 5,1 | 11,6 | 10,2 | 19,4 | 10,9 | 10,1 | 13,1 | 14,5 |

$F_{(7,133)} = 2{,}2$ ; $p = 0{,}03$

1. Voir le tableau 1 pour l'identification des groupes.

La composition de notre échantillon ne nous permet pas de vérifier l'hypothèse associant une dysfonction sexuelle spécifique à la dépression. Néanmoins, grâce à notre regroupement de dysfonctions sexuelles mutuellement exclusives, nous avons pu établir des différences intéressantes entre les groupes (tableau 2). Ainsi, les sujets (groupe 4) ayant une dysfonction érectile psychogène secondaire associée à un problème d'éjaculation précoce psychogène secondaire présentent un niveau de dépression significativement plus élevé que les sujets des autres groupes.

### États dépressifs et variables sociodémographiques

À l'échelle de Beck, nous retrouvons des variations significatives dans la dépression selon l'âge des sujets, la scolarité ainsi que l'âge au moment de l'apparition du problème. Dans notre échantillon, les sujets des groupes d'âge 31 à 40 ans et 41 à 50 ans semblent manifester des scores de dépression plus élevés que les sujets des autres groupes qui sont asymptomatiques (tableau 3).

**TABLEAU 3**
**Variations dans la dépression selon l'âge**

| Âge | N | M | É. T. |
|---|---|---|---|
| 21 à 30 ans | 8 | 9,9 | 7,2 |
| 31 à 40 ans | 19 | 16,6 | 10,4 |
| 41 à 50 ans | 38 | 13,7 | 9,4 |
| 51 à 60 ans | 44 | 9,3 | 8,1 |
| 61 ans et plus | 24 | 9,6 | 8,4 |

$F_{(4,132)} = 2,9 ; p = 0,02$

Selon le tableau 4, il existe aussi une différence significative entre les niveaux de scolarité. Les sujets n'ayant terminé que leur primaire semblent présenter un niveau de dépression plus élevé. Les sujets ayant terminé leur secondaire montrent un niveau de dépression asymptomatique.

**TABLEAU 4**
**Variations dans la dépression selon la scolarité**

| Scolarité | N | M | É. T. |
|---|---|---|---|
| Aucune/Primaire | 37 | 13,9 | 9,6 |
| Secondaire | 38 | 8,5 | 6,8 |
| Cégep/Université | 30 | 11,6 | 8,8 |

$F_{(2,104)} = 3,9 ; p = 0,02$

L'analyse statistique indique (tableau 5) que les sujets des groupes d'âge 30 à 39 ans et 40 à 49 ans présentent les scores les plus élevés au test mesurant l'intensité de la dépression en fonction de l'âge à l'apparition des dysfonctions sexuelles.

**TABLEAU 5**
**Variations dans la dépression selon l'âge à l'apparition des dysfonctions sexuelles**

| Âge d'apparition | N | M | É. T. |
|---|---|---|---|
| 29 ans et moins | 14 | 9,7 | 8,4 |
| 30 à 39 ans | 30 | 13,7 | 10,6 |
| 40 à 49 ans | 33 | 13,6 | 9,6 |
| 50 à 59 ans | 35 | 7,8 | 7,0 |
| 60 à 69 ans | 10 | 11,0 | 7,7 |

$F_{(4,121)} = 2{,}5$ ; $p = 0{,}04$

## DISCUSSION

L'objectif de cette étude n'était pas de définir une cause unique expliquant les dysfonctions sexuelles, mais plutôt d'établir le rôle de la dépression dans l'étiologie des pathologies sexuelles. Pour notre échantillon, la très grande majorité des dysfonctions sexuelles semblent être associées avec la présence d'un état dépressif léger (M = 11,5). Les résultats rejoignent les observations des cliniciens (Beltrami et Couture, 1988 ; Derogatis et Meyer, 1979 ; Kaplan 1979 ; Levine, 1977 ; Levine et Althof, 1991 ; Steichen, 1980) qui établissent un lien entre les problèmes psychiques et les symptômes somatiques.

Nous observons également que la majorité des dysfonctions sexuelles d'origine psychogène concomitantes à des problèmes de dépression significatifs sont décrites comme secondaires. Elles sont donc apparues après une phase de fonctionnement adéquat. Encore là, cette constatation nous laisse supposer qu'un symptôme psychique peut jouer un rôle dans la genèse ou le maintien, ou les deux, de certaines pathologies sexuelles (Brenot, 1990 ; Crépault, 1992 ; Gloor *et al.*, 1982). La pathologie sexuelle représenterait possiblement une réponse symbolique associée aux sentiments de dévalorisation inhérents à la dépression.

Il existe de plus une différence entre les pathologies sexuelles d'origine organique et psychogène. Ainsi, le seul groupe souffrant d'une dysfonction sexuelle d'origine organique secondaire, soit le groupe (1), obtient un score de dépression significativement moins élevé que ceux des autres groupes. Il est possible que la présence d'une pathologie organique bien identifiée ne remette pas autant en

question l'estime de soi des personnes que dans le cas des dysfonctions d'origine psychogène qui sont reliées à des conflits psychiques et parfois relationnels. Cependant, nous ne pouvons pas prétendre qu'un faible score au test mesurant l'intensité de la dépression serait pathognomonique d'une pathologie sexuelle d'étiologie organique.

Par contre, les sujets du groupe (4) souffrant de dysfonction érectile d'origine psychogène secondaire et d'éjaculation précoce d'origine psychogène secondaire montrent l'état dépressif le plus élevé. Plusieurs auteurs (Beltrami et Couture, 1988; Derogatis et Meyer, 1979; Haynal, 1984; Levine, 1977; Levine et Althof, 1991; Steichen, 1980) suggèrent que la capacité érectile et la capacité éjaculatoire seraient particulièrement sensibles à la dépression. Néanmoins, le regroupement des pathologies sexuelles tel que nous avons dû l'effectuer ne nous permet pas de préciser si c'est l'érection ou l'éjaculation qui influencent véritablement l'état dépressif. Viennent ensuite les sujets du groupe (8) qui manifestent des troubles du désir, de l'érection et de l'éjaculation d'origine psychogène secondaire. Cette constellation de troubles sexuels ne nous permet pas de mettre en lumière l'influence particulière de l'état dépressif sur le désir sexuel. Nous ne pouvons affirmer, à la suite de certains auteurs (Corraze, 1982; Dubovsky, 1991; Marmor, 1982; Smith, 1988; Zwang, 1990a), que les troubles du désir sexuel seraient de bons indicateurs de l'état dépressif.

Étant donné la méthodologie employée et les techniques utilisées, nous pouvons nous questionner sur les résultats obtenus: est-ce l'accumulation de problèmes sexuels qui influencent les états dépressifs ou les problèmes dépressifs qui provoquent l'accumulation de troubles sexuels? Nous pouvons simplement conclure que le symptôme psychique et le symptôme sexuel existent selon une causalité circulaire.

Il apparaît de plus que les sujets de 31 à 40 ans et de 41 à 50 ans au moment de la consultation pour un trouble sexuel ainsi qu'au moment de l'apparition des dysfonctions sexuelles présentent des scores plus élevés au test de dépression. Ces étapes de la vie correspondent peut-être à la présence d'événements ou de stresseurs majeurs pouvant être à l'origine d'un état dépressif. Les recherches sur les stades de développement individuels et conjugaux (Houde, 1986; Levinson, 1978; Sheehy, 1982) indiquent d'ailleurs que des transitions importantes se passent durant la trentaine (mariage, travail, enfants) et la quarantaine (évaluation des réalisations, perte graduelle de la jeunesse, réévaluation des engagements émotifs), provoquant fort probablement une remise en question ou une réactivation des conflits

non résolus, ou les deux. Enfin, il existe une différence significative sur le plan de la scolarité des sujets. Les personnes ayant une scolarité plus faible (aucune/primaire) présentent un état dépressif nettement plus intense que ceux ayant terminé leur secondaire. Il est possible que certains facteurs sociaux (manque de ressources, emplois précaires) soient responsables de cet état dépressif.

Cette recherche illustre favorablement à notre avis la nécessité d'une collaboration interdisciplinaire lors des interventions auprès de personnes présentant des troubles sexuels associés à un état dépressif. D'un point de vue clinique, l'intervention sexologique serait des plus souhaitables. D'autant plus qu'il ne faut pas ignorer que les traitements pharmacologiques de la dépression induisent fréquemment des problèmes sexuels (Golombok, 1986 ; Segraves, 1995). Une approche concertée et interdisciplinaire lorsque nous évaluons des sujets présentant une pathologie sexuelle et que nous élaborons un plan de traitement nous apparaît des plus appropriées. Un registre plus large nous offre une vision étiologique globale centrée sur la réalité clinique et tient compte des liens existant entre la pathologie sexuelle et la pathologie psychique qui s'expliquent par l'histoire et le développement individuel de chacun.

Cette recherche soulève des questions méthodologiques face aux modèles théoriques monistes que nous retrouvons dans la littérature. Nous croyons qu'il existe des problèmes conceptuels dans la définition des dysfonctions sexuelles. Ainsi, aucune recherche ne fait mention de sujets polysymptomatiques. Est-ce le résultat des limites inhérentes à notre type de recherche ou bien les recherches présentent-elles une vision réductrice de la réalité (LoPiccolo, 1985) pour rendre compte plus facilement des causalités étiologiques selon un modèle donné ? La littérature simplifie-t-elle vraiment les modèles et les modalités d'intervention qui en découlent ? Dans cette perspective, peut-être devrions-nous remettre en question les modèles diagnostiques existants, surtout lorsque nous constatons qu'ils ne s'appliquent pas véritablement à la réalité clinique. Les difficultés éprouvées en pratique clinique, avec des cas de plus en plus lourds, devraient promouvoir une recherche de savoir et d'expérimentation plus spécifique.

Dans cette optique, il est intéressant de discuter des modèles d'intervention clinique que nous pouvons adopter. Ainsi, nous pouvons choisir la voie de la psychopathologie et considérer les dysfonctions sexuelles comme un symptôme somatique parmi d'autres dans les états dépressifs. Ou encore simplement percevoir les troubles sexuels comme étant le résultat de variations hormonales dues à

l'effet biologique de la dépression. Nous ne pensons pas que les conduites sexuelles soient uniquement le résultat de perturbations psychiques ou hormonales transitoires, nous croyons plutôt qu'elles sont liées au développement ontogénique des personnes et à ce titre, qu'elles méritent que nous nous y attardions par des interventions cliniques spécifiques.

## CONCLUSION

Nous avons voulu vérifier le rôle de la dépression dans la genèse et le maintien des dysfonctions sexuelles. Retenons finalement que la dépression est un élément non négligeable dans l'investigation et l'élaboration d'un plan de traitement des sujets présentant une pathologie sexuelle. Malgré une différence significative dans les résultats au test mesurant l'intensité de la dépression selon les pathologies sexuelles organiques et psychogènes, les résultats au test psychométrique ne sont pas pathognomoniques pour autant.

De plus, il nous apparaît souhaitable que les chercheurs puissent élargir leurs cadres conceptuels, afin d'avoir une vision plus précise de l'étiologie des dysfonctions sexuelles. La sexologie clinique actuelle a grandement besoin de nouvelles connaissances afin de progresser vers des modèles d'intervention capables de mieux appréhender les multiples phénomènes de la sexualité humaine.

## RÉFÉRENCES

ABRAHAM, G. ; PASINI, W. (1975). *Introduction à la sexologie médicale*. Paris : Payot.

ABRAHAM, G. ; PORTO, R. (1978). *Psychanalyse et Thérapies sexologiques*. Paris : Payot.

ALARIE, P. (1988). *Les Aspects bio-médicaux des dysfonctions sexuelles*. Montréal : Université du Québec à Montréal, Département de sexologie, Notes de cours.

ALARIE, P. ; BROUILLETTE, D. ; COURCHESNE, M.-C. (1991). *Dysfonctions sexuelles. Guide à l'intention du médecin*. Montréal : Les productions Médico-Sexologiques.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Fourth Edition. Washington : APA.

BECK, A. T. ; RUSH, A. J. ; SHAW, B. F. ; EMERY, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. New York : Guilford Press.

BECK, A. T. ; STEER, R. A. (1987). *Beck Depression Inventory Manual*. San Antonio : The Psychological Corporation, Harcourt Brace Jovanovich, Inc.

BELTRAMI, E. ; COUTURE, N. (1988). « Dysfonctions sexuelles », dans P. Lalonde ; F. Grunberg (dir.) : *Psychiatrie Clinique : approche bio-psycho-sociale* (p. 614-653). Boucherville : Gaëtan Morin éditeur.

BERGERET, J. (1987). *La Dépression et les États-limites*. Paris : Payot.

BRENOT, P. (1990). « Le non-désir », *Cahiers de sexologie clinique*, 16 (96), 21-24.

CAMPBELL, M. R. ; ALARIE, P. (1986). « L'évaluation de la dysfonction érectile pénienne : perspectives nouvelles, difficultés actuelles », *Revue québécoise de psychologie*, 7 (3), 3-20.

CASSAN, P. (1990). « Les troubles du désir », *Cahiers de sexologie clinique*, 16 (97), 17-26.

CHALOULT, L. (1990). *Diagnostic et traitement de la dépression par le médecin de famille*. Laval : Cité de la Santé, Programme de médecine familiale et Département de psychiatrie, Manuscrit inédit.

CONTE, H. R. (1986). « Multivariate Assessment of Sexual Dysfunction », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54 (2), 149-157.

CORRAZE, J. (1982). *Les Thérapeutiques en sexologie*. Paris : Presses universitaires de France.

CRÉPAULT, C. (1992). *Interprétation sexoanalytique des désordres sexuels*. Montréal : Université du Québec à Montréal, Département de sexologie, Manuscrit inédit.

DAVIES, R. H. ; HARRIS, B. ; THOMAS, D. R. ; COOK, N. ; GRAHAM, R. ; RIAD-FAHMY, D. (1992). « Salivary Testosterone Levels and Major Depressive Illness in Men », *British Journal of Psychiatry*, 161, 629-632.

DEROGATIS, L. R. ; MEYER, J. K. (1979). « A Psychological Profile of Sexual Dysfunctions », *Archives of Sexual Behavior*, 8 (3), 201-223.

DUBOVSKY, S. L. (1991). « When Sexual Dysfunction Masks Anxiety and Depression », *Medical Aspects of Human Sexuality*, 25 (10), 22-30.

FREUD, S. (1917). « Deuil et mélancolie », dans *Métapsychologie* (p. 189-222). Paris : Gallimard (1952).

GAUTHIER, J. ; MORIN, C. ; THÉRIAULT, F. ; LAWSON, J. S. (1982). « Adaptation française d'une mesure d'auto-évaluation de l'intensité de la dépression », *Revue québécoise de psychologie*, 3, 13-27.

GLOOR, P.-A. ; EGGENBERGER, M. ; DE PREUX, FR.-X. ; RUEDI, B. (1982). « Étiologie des dysfonctions sexuelles : organogénèse, psychogénèse et intrication », *Cahiers des sciences familiales et sexologiques*, 5, 11-29.

GOLOMBOK, S. (1986). « The Role of Anxiolytic and Antidepressant Drugs in the Development and Treatment of Sexual Dysfunction », *Sexual and Marital Therapy*, 1 (1), 43-47.

HAYNAL, A. (1984). « Quelques réflexions sur la sexologie et la psychosomatique », dans A. Haynal ; W. Pasini (dir.) : *Médecine psychosomatique*, 2e édition (p. 239-243). Paris : Masson.

HAYNAL, A. ; PASINI, W. (1984). *Médecine psychosomatique*. 2e édition. Paris : Masson.

HOUDE, R. (1986). *Les Temps de la vie*. Chicoutimi : Gaëtan Morin éditeur.

KAPLAN, H. S. (1979). *La Nouvelle Thérapie sexuelle*. Paris : Buchet/Chastel.

KAPLAN, H. S. (1983). *The Evaluation of Sexual Disorders : Psychological, and Medical Aspects*. New York : Brunner/Mazel.

KILMANN, P. R. ; AUERBACH, R. (1979). « Treatments of Premature Ejaculation and Psychogenic Impotence : A Critical Review of the Literature », *Archives of Sexual Behavior*, 8 (1), 81-100.

LEVINE, S. B. (1977). « Current Problems in the Diagnosis and Treatment of Psychological Impotence », *Journal of Sex and Marital Therapy*, 3 (3), 177-186.

LEVINE, S. B. ; ALTHOF, S. E. (1991). « The Pathogenesis of Psychogenic Erectile Dysfunction », *Journal of Sex Education and Therapy*, 17 (4), 251-266.

LEVINSON, D. J. (1978). *The Seasons of Man's Life*. New York : Alfred A. Knorpf.

LOPICCOLO, J. (1985). « Diagnosis and Treatment of Male Sexual Dysfunction », *Journal of Sex and Marital Therapy*, 11 (4), 215-232.

MARMOR, J. (1982). « L'impuissance et les troubles éjaculatoires », dans C. Crépault ; J. J. Lévy ; H. Gratton (dir.) : *Sexologie contemporaine* (p. 317-331). Québec : Presses de l'Université du Québec.

MASTERS, W. H. ; JOHNSON, V. E. (1971). *Les Mésententes sexuelles et leur traitement*. Paris : Marabout.

MATHEW, R. J. ; WEINMAN, M. L. (1982). « Sexual Dysfunctions in Depression », *Archives of Sexual Behavior*, 11 (4), 323-329.

MAURI, M. ; PETRACCA, A. ; CASSANO, G. B. (1984). « Impotence : 1. Personality Profiles and Psychopathological Features in 66 Subjects Refered to an Andrology Outpatient Center », *Comprehensive Psychiatry*, 25 (2), 142-146.

MEISLER, A. W. ; CAREY, M. P. (1991). « Depressed Affect and Male Sexual Arousal », *Archives of Sexual Behavior*, 20 (6), 541-554.

NOFZINGER, E. A. ; THAZE, M. E. ; REYNOLDS, C. F. ; FRANK, E. ; JENNINGS, R. J. ; GARAMONI, G. L. ; FASICZKA, A. L. ; KUPFER, D. J. (1993). « Sexual Function in Depressed Men », *Archives of General Psychiatry*, 50, 24-30.

PARADIS, A.-F. ; LAFOND, J. S. (1990). *La Réponse sexuelle et ses perturbations*. Boucherville : Éditions G. Vermette Inc.

PORTO, R. (1986). « Sexothérapies brèves des dysfonctions érectiles », *Psychologie médicale*, 18 (3), 395-397.

POUDAT, F.-X. ; JARROUSSE, N. (1986). *Traitement comportemental des difficultés sexuelles*. Paris : Maloine Éditeur.

RUCQUOY, G. (1989). « Quelques réflexions sur les troubles de la libido : un des secteurs négligés dans la littérature sexologique actuelle », *Cahiers de sexologie clinique*, 15 (92), 40-46.

SEGRAVES, R. T. (1995). « La sexualité du patient déprimé », *Journal canadien de psychiatrie et de neurologie*, 3 (1), 7-13.

SHEEHY, G. (1982). *Les Passages de la vie*. Boucherville : Éditions de Mortagne.

SMITH, A. D. (1988). « Psychologic Factors in the Multidisciplinary Evaluation and Treatment of Erectile Dysfunction », *The Urology Clinic of North America*, 15 (1), 41-51.

STEER, R. A. ; BECK, A. T. ; RISKIND, J. H. ; BROWN, G. (1986). « Differentiation of Depressive Disorders from Generalized Anxiety by the Beck Depression Inventory », *Journal of Clinical Psychology*, 42 (3), 475-477.

STEICHEN, R. (1980). « La formation sexologique en médecine : perspectives générales », *Cahiers des sciences familiales et sexologiques*, 3, 7-35.

STEIGER, A. ; VON BARDELEBEN, U. ; WIEDEMANN, K. ; HOLSBOER, F. (1991). « Sleep EEG and Noctuenal Secretion of Testosterone and Cortisol in Patients with Major Endogenious Depression During Acute Phase and After Remission », *Journal of Psychiatric Research*, 25 (4), 169-177.

TRIMMER, E. (1981). *Sexologie clinique*. Paris : Masson.

ZWANG, G. (1990a). *Sexologie*. Paris : Masson.

ZWANG, G. (1990b). *Pathologie sexuelle. Les troubles de la fonction érotique et du comportement sexuel de l'adulte*. Paris : Maloine éditeur.

## DEPRESSIVE STATES AND MALE SEXUAL DYSFUNCTIONS

### ABSTRACT

*According to sexological literature, depression appears to be linked to the presence of various sexual dysfunctions. However, few studies have attempted to define the variations existing between this variable and sexual dysfunctions of organic or psychogenic origin. In this perspective, a retrospective study was carried out with a*

*clinical sample of 134 male subjects suffering from sexual dysfunctions assessed by a medico-sexological examination, including a self-evaluation test measuring levels of depression. This study allows us to more adequately define the characteristics surrounding the interaction between depression and sexual dysfunctions. It also demonstrates that psychogenic sexual dysfunctions seem to be associated with a depressive state. Furthermore, age of subjects and age at which sexual difficulties arose are variables that should not be neglected in the course of sexological counselling.*

**Key Words**

*Depression ; Sexual Dysfunction ; Men.*