

Andrologie (2012) 22:74–79
DOI 10.1007/s12610-012-0175-2

POINT DE VUE DE L'EXPERT / EXPERT'S POINT OF VIEW

La consultation psychologique dans l'indication d'une prothèse pénienne : une expérience originale de complémentarité médicopsychologique

The psychological consultation in the indication of a penile prosthesis: an original experience of medical and psychological complementarity

C. Mormont · R. Andrienne

Reçu le 18 février 2012 ; accepté le 27 avril 2012
© SALF et Springer-Verlag France 2012

Résumé Au Centre d'Étude et de Traitement des Insuffisances Sexuelles Masculines (CETISM) de notre département universitaire d'urologie, une consultation psychologique est systématiquement programmée lorsque la prothèse pénienne est considérée par le patient – et l'urologue – comme une solution possible de sa défaillance érectile.

Cette consultation comporte trois objectifs essentiels : repérer les cas – rares – de contre-indication psychopathologique, compléter l'information déjà donnée au patient lors des consultations médocirurgicales et explorer les aspects relationnels, affectifs, cognitifs et érotiques susceptibles d'intervenir dans la prise de décision et dans l'intégration de la solution prothétique.

Elle vise aussi et surtout à rendre à l'homme sa position centrale, active, non seulement dans la prise de décision, mais encore dans l'élaboration d'un projet de vie qui tient compte de cette décision (positive ou négative), position qu'il a souvent perdue au moment où il est devenu « impuissant ».

Mots clés Consultation psychologique · Dysfonction érectile · Prothèse pénienne

Abstract In the Center for the Study and Treatment of Male Sexual Dysfunction (CETISM) of our University Department of Urology, a psychological consultation is systematically provided when penile prosthesis implantation is considered by the patient – and the urologist – as a possible solution to his erectile dysfunction. This consultation has

three key objectives: to identify – rare – cases of psychological contraindication, to complete the information already given to the patient during urologic consultations, and to explore the relational, emotional, cognitive and erotic aspects that could influence the decision-making and the integration of the prosthetic solution. It is also and especially to give to the man a central position, an active position, not only for the decision-making, but also for developing a life project which takes into account the decision (positive or negative), a position he often lost from the time he had become “powerless”.

Keywords Psychological consultation · Erectile dysfunction · Penile prosthesis

Introduction

La prothèse pénienne est une alternative thérapeutique très efficace en cas d'échec des traitements pharmacologiques oraux ou injectables, ou lorsque les traitements médicaux sont contre-indiqués [1].

Malgré cette grande efficacité, un taux très faible de complications et la satisfaction de plus de 90 % des patients, la prothèse pénienne reste une thérapeutique marginale en Belgique et plus généralement en Europe, où elle est proportionnellement dix fois moins fréquente qu'aux États-Unis.

Si de 30 à 45 000 prothèses sont implantées annuellement dans le monde, on n'a compté que 140 implantations en Belgique (en 2008) et, globalement, ce chiffre n'y progresse guère (bien qu'au CETISM, le nombre d'implantations augmente de 15 % chaque année depuis dix ans et que 50 prothèses ont été implantées en 2011).

Dans les pays européens, le petit nombre de prothèses implantées (en grande majorité des modèles gonflables)

C. Mormont
Psychosexologue, professeur à la Faculté de psychologie,
ULG, CHU Liège

R. Andrienne (✉)
Urologue, professeur en médecine sexuelle, ULG, CHU Liège
e-mail : robert.andrienne@chu.ulg.ac.be

semble être dû à un manque de formation et d'information des professionnels (urologues, médecins, sexologues), au coût de la prothèse, à des échecs et complications péri-opératoires en cas d'insuffisance d'expérience chirurgicale [2]. Ainsi, en Belgique, on estime à 30 le nombre d'urologues qui implantent des prothèses péniennes mais seuls deux d'entre eux en implantent plus de 25 par an. L'expérience de la majorité des implanteurs est donc peu importante (trois implantations annuelles en moyenne), ce qui est associé à de moins bons résultats et, par conséquent, à des risques médicalégaux accrus.

Un plus grand nombre de patients pourraient bénéficier de ce traitement si l'indication, la décision et l'accompagnement se fondaient davantage sur une relation très informée des médecins et sexologues sensibles à la qualité de vie de ces patients et de leur couple.

La solution prothétique mérite d'être envisagée lorsque les explorations (vasculaires et/ou neurologiques) démontrent une altération irréversible du processus d'érection. Les causes principales de celles-ci sont, dans l'ordre, vasculaires, en rapport avec un diabète, secondaires à une chirurgie pelvienne (prostatectomie radicale) et neurologiques [1]. La maladie de La Peyronie est aussi une grande pourvoyeuse de dysfonction érectile (DE) rebelle à une thérapeutique médicale. Ici, l'intervention permet de corriger dans le même temps la courbure et la DE [3].

Nous pensons que l'indication opératoire ne doit pas être proposée trop tardivement car le résultat esthétique et fonctionnel obtenu dépend de la taille de la prothèse implantée. En effet, la dysfonction érectile conduit dans la majorité de ses étiologies à un raccourcissement progressif du pénis [4]. Par ailleurs, nous pensons que les « dégâts » occasionnés au sein du couple « en DE » sont proportionnels au délai de prise en charge par une revalidation consentie et efficace.

En Belgique, la procédure chirurgicale porte un code de remboursement misérable (K120 = 200 euros). Par contre, depuis 1992, le matériel implanté est remboursé à 80 % à condition que la DE soit d'origine vasculaire et/ou neurologique démontrée. Cela signifie qu'en chambre commune, cette procédure coûtera 1000 euros au patient. L'hospitalisation dure deux jours.

Nous accordons une importance considérable au consentement éclairé du patient et idéalement de sa partenaire. Différents intervenants médecins et un psychosexologue participent à cet éclairage. Le patient sera informé du type de prothèse disponible, du risque infectieux, du risque de dysfonction mécanique et de la nécessité de révision chirurgicale. Il doit savoir que l'érection ne sera plus parfaitement naturelle et que la taille de la verge implantée, qui double habituellement en longueur en cas d'absence de dysfonction érectile, sera celle permise par l'élasticité du pénis et de la prothèse implantée sans tension tissulaire. L'irréversibilité de la thérapeutique doit être bien comprise

par le patient car il y a destruction du tissu caverneux pour introduire les cylindres. La sensibilité pénienne, les pulsions sexuelles et l'orgasme éjaculatoire ne sont pas obligatoirement améliorés par l'implantation d'une prothèse pénienne dont le seul but est de restituer l'érection de la verge, même si les autres paramètres peuvent parfois bénéficier à distance de ce progrès de l'érection. Idéalement, le candidat à l'implant entre en contact téléphonique anonyme avec des patients implantés.

Notre série comporte 354 patients opérés lors de 472 procédures d'implantation de 1983 à 2011. Parmi ces implantations et au cours de ces 28 années, nous avons procédé à 118 remplacements de prothèse chez 117 patients. Ce sont 95 patients (26 % de la série complète) pour usure ou problème mécanique et 22 patients (6,2 %) pour problèmes infectieux. À ce jour, pour cette cohorte de 354 patients, seuls cinq patients sont sans prothèse en raison d'un non-remplacement souhaité ou consenti (trois pour infection, deux pour panne mécanique récidivante). Le taux de satisfaction de nos patients est élevé : 86 % d'entre eux recommanderaient la procédure à quelqu'un d'autre, 85 % subiraient une nouvelle intervention si cela s'avérait nécessaire – ces résultats étant comparables aux séries américaines publiées [5,6]. 93 % des partenaires sont heureuses de l'opération alors que 89 % d'entre elles éprouvent du plaisir à utiliser ce dispositif durant les rapports sexuels [7].

La relation pré- et post-implantatoire avec un psychosexologue est le gage d'une approche thérapeutique globale et complète du patient et du couple. Dans notre service, tous les patients susceptibles de bénéficier d'un implant pénien rencontrent le psychosexologue avant la décision opératoire.

La consultation psychologique dans l'indication de prothèse pénienne

En quarante ans, les prothèses péniennes ont considérablement évolué, la pratique des implantations s'est banalisée et les évaluations des résultats se sont multipliées, fournissant des chiffres convergents (entre 85 et 95 % de résultats satisfaisants) en faveur de ce traitement [8-10]. La place des facteurs psychologiques dans l'indication et dans les effets de l'implantation est signalée de longue date [11-13]. Dans une synthèse relativement récente, Ulloa et al. [14] soulignent que les cliniciens « s'accordent sur l'importance d'une évaluation préopératoire minutieuse afin de déterminer si l'implantation d'une prothèse pénienne est appropriée, mais que, dans la littérature, il n'y a pas de description connue d'une telle évaluation ». Ces auteurs considèrent que « leur article constitue une introduction aux domaines qui sont les plus pertinents à évaluer chez les candidats à l'implantation : l'histoire sexuelle (incluant les causes organiques et psychiques de la dysérection), les

autres traitements essayés et leurs effets, le fonctionnement relationnel, les attentes du patient et sa connaissance du procédé ». Toujours selon les mêmes auteurs, « une telle approche a divers avantages et, en particulier, celui d'accroître la satisfaction du patient quant aux résultats du traitement ».

Ces propos donnent un relief particulier à l'exposé de nos pratiques, mises en place de longue date au CETISM.

Conditions requises pour envisager l'implantation d'une prothèse pénienne, au CETISM

Dans le cadre du CETISM, comme cela a été exposé ci-dessus, l'implantation d'une prothèse pénienne est proposée au patient « impuissant » :

- s'il est important pour lui de récupérer ses capacités sexuelles ;
- si la cause de la dysérection paraît irréversible ;
- et si les autres traitements ont échoué.

La solution prothétique n'est donc envisagée qu'en dernier ressort, après que l'homme a sollicité aides et avis variés, et a rencontré aussi plusieurs médecins. Ceux-ci ont fait l'anamnèse et le diagnostic du trouble érectile, ont envisagé et testé diverses options thérapeutiques et, in fine, ont fourni au patient les informations médicochirurgicales et techniques nécessaires à propos de la prothèse.

Pourquoi une consultation psychologique au cours de la prise de décision de l'implantation ?

Au cours de ce processus, et bien qu'il garde le pouvoir de décision, l'homme risque de se trouver réduit à son trouble, et ainsi être dépendant de ceux qui peuvent le soigner. Plus spectateur qu'acteur de ce qui lui arrive, il se voit confirmé dans l'impuissance qu'il expérimente et qui l'amène devant les thérapeutes. Impuissant vis-à-vis de son pénis, impuissant vis-à-vis de la femme, diminué par rapport à lui-même et aux autres, il devient un objet de traitement. Cette instrumentalisation inévitable dans le cadre médical habituel pourrait toutefois se révéler contre-productive au niveau de l'intégration de la prothèse à la sexualité de l'homme.

C'est ici que la consultation psychologique préimplantatoire (ordinairement une seule séance d'une heure) trouve sa place et sa fonction, même si les hommes intéressés par une solution aussi technique que l'implantation d'une prothèse pénienne ne sont pas, a priori, les plus enclins à l'introspection ou à l'analyse psychologique. Ainsi, il n'est pas rare qu'ils manifestent leur étonnement ou leur résignation aga-

cée face à la consultation psychologique qui leur paraît superflue et dont ils redoutent qu'elle ne soit décisive : le psychologue va-t-il autoriser ou interdire le recours à la prothèse ? Cette crainte n'est pas fondée. Au contraire, le psychologue insiste sur l'autodétermination de l'homme qui est, et quelle que soit l'importance des autres personnes impliquées (et au premier chef, la partenaire quand elle existe), le seul à pouvoir décider de ce qu'il veut. C'est ainsi qu'au départ, et bien que l'on soit amené à revenir sur ce point en cours d'entretien, il est laissé à la discrétion du patient de se présenter seul ou accompagné de sa partenaire. Ceci est le cadre du consentement éclairé, essentiel pour le chirurgien implanteur.

Principaux buts de la consultation préimplantatoire

La consultation psychologique préimplantatoire pourrait n'être qu'une précaution destinée à détecter les cas de contre-indications psychologiques à l'implantation d'une prothèse pénienne. Cette fonction, non négligeable, est pourtant accessoire, non seulement parce que les contre-indications psychologiques franches sont rares mais surtout parce que la rencontre avec l'homme qui consulte en cette circonstance peut ouvrir sur des perspectives qui dépassent le seul intérêt pragmatique de recueillir ou de dispenser des informations complémentaires, de vérifier la bonne compréhension du traitement, de faciliter la réflexion et l'expression.

En fait, la consultation psychologique déborde du cadre diagnostique et opte pour une approche humaniste de l'homme en souffrance, approche qui met l'accent sur la subjectivité, l'unicité, la singularité de l'être humain total. Elle aide le patient à intégrer à sa personnalité, à son image, à son projet de vie les informations que son expérience du trouble et sa rencontre avec les intervenants lui apportent.

Le psychologue prend le temps de détailler la manière dont l'homme comprend et vit son trouble érectile : qu'a-t-il intégré des informations qui lui ont été données ? Reste-t-il des questions en suspens ? Quelles questions n'a-t-il pas osé poser ? Quelle place la sexualité a-t-elle dans sa vie ? Qu'a-t-il essayé comme traitement(s) et comment en a-t-il vécu l'échec ? Qu'escompte-t-il retrouver grâce au traitement ? Comment se sent-il dans sa peau ? Quelles sont ses ressources et ses fragilités mentales ? Quel est son projet de vie ? Qu'en pense la partenaire et quelle est son attitude ? Il faut bien voir que ces questions appartiennent à un double registre : d'une part, elles ont un versant objectif (elles fournissent des informations concrètes nécessaires), d'autre part, elles ont une composante subjective dans la mesure où elles abordent l'éprouvé.

Comment envisager et opérationnaliser la consultation psychologique ?

Il s'agit d'envisager et opérationnaliser cette consultation psychologique de manière à tendre vers un objectif que l'on a qualifié d'humaniste tout en remplissant les missions « techniques » qui lui incombent.

Comment mettre le patient au centre de la situation et en mesure d'en assumer le contrôle ? Comment donner de l'importance et de la valeur à ce que l'homme a à dire de lui-même, à ce qu'il décide pour lui-même, au projet qu'il a pour sa propre vie, aux désirs et espoirs qui l'animent ?

La réponse semble aller de soi : en accordant considération et priorité à ce que cet homme exprime et attend. Le patient s'écarte rarement de l'essentiel ; il suffit de le suivre. Mais pour cela, le psychologue doit renoncer à ses propres schémas et remettre à plus tard, si nécessaire, l'investigation systématique de l'histoire sexuelle, des relations précoces aux parents, du passé relationnel et d'autres domaines qui ne concernent pas les aspects immédiats du problème. En restant ainsi ouverte aux préoccupations du patient et ciblée sur l'actuel, la consultation préimplantatoire peut articuler la plainte, la souffrance, les besoins, les questionnements, l'inquiétude du patient quant à lui, à sa sexualité, à sa relation actuelle ou future et à la validité du traitement prothétique.

En fonction des points abordés par le patient, le psychologue peut tantôt lui donner des réponses, tantôt l'encourager à approfondir sa réflexion, tantôt l'aiguiller vers des aspects négligés jusque là, ou encore l'aider à connecter des champs (affectif, relationnel, sexuel, médicochirurgical) qui, sans cela, seraient restés compartimentés. Ce travail, qui doit être fait en une séance unique d'une heure, exige de la sobriété de la part du psychologue.

En débutant la consultation, après que le psychologue s'est présenté comme membre de l'équipe, il est opportun qu'il énonce le motif des consultations précédentes (la dysérection) et l'objet de la consultation actuelle (la décision d'implantation). De cette manière, le patient a le sentiment que le psychologue est bien au fait de la situation et que la consultation s'insère concrètement dans un processus pluridisciplinaire dont lui, le patient, est le sujet bien identifié. Le rappel de quelques points d'anamnèse connus par ailleurs (dossier) demande un certain tact : il ne faut pas que cela soit ressenti comme une ignorance de l'intervenant quant au dossier, ni comme une répétition serinée. Ce rappel bref en guise d'introduction exprime la continuité du suivi et le passage effectif du relais entre les intervenants qui se succèdent.

À partir de là, la consultation ne se moule pas dans un schéma rigide : elle suit le fil des opportunités et s'adapte à chaque cas de manière à rendre l'exploration la plus naturelle possible. Ce souci d'adaptation au singulier constitue,

de facto, une réelle reconnaissance de l'autonomie du patient, et l'aide à assumer une position active et responsable dans la démarche thérapeutique.

Principaux champs abordés lors de la consultation

Quel que soit l'ordre suivi lors de l'entretien, les champs abordés seront les suivants :

- la description du trouble : moment et mode d'apparition, évolution, traitements éventuels. Ces éléments ont déjà été recueillis lors des consultations médicales mais ils vont servir de point de départ à des explorations différentes ;
- la perception subjective du trouble : la dysérection a pu être identifiée très rapidement ou non ; elle a été vécue comme une perte grave ou non ; elle a pu être masquée par une autre problématique somatique, relationnelle ou psychologique. Par exemple, une séparation ou un veuvage, une maladie grave du patient ou de son conjoint, une accumulation de problèmes professionnels ou familiaux ;
- la réaction au trouble : dès la phase initiale, l'anxiété, l'anticipation de l'échec, le sentiment de dévalorisation sont souvent pénibles et mènent à un vécu dysphorique voire dépressif. L'état psychique actuel doit être évalué. Les psychopathologies graves sont rares mais elles existent. Il peut être nécessaire de traiter un état dépressif majeur ou une anxiété excessive avant de résoudre le problème érectile. Une prudence particulière est requise à toutes les phases du traitement si des tendances paranoïaques ou hypocondriaques sont détectées. Les susceptibilités culturelles doivent être prises en compte ;
- la recherche de traitements : celle-ci se fait rarement dans l'urgence. Parfois elle commence bien longtemps après l'apparition du trouble. Il est utile d'en retracer le cheminement : à côté de la filière médicale classique : médecin traitant, endocrinologue, urologue, mais aussi cardiologue, diabétologue, etc., des voies moins académiques sont souvent explorées. La pornographie, les sextoys et les produits vendus dans les sexshops, le surf sur Internet, les expériences extraconjugales sont généralement décevants mais constituent pour beaucoup une phase préparatoire à une recherche plus rigoureuse de solution ;
- les traitements essayés : il est intéressant de répertorier les différents traitements essayés (inhibiteurs des phosphodiésterases de type 5, testostérone, anneau d'érection, pompe à érection, injection intracaverneuse de substances vaso-actives) et de prêter attention à ce que le patient a observé lors de ces essais en termes de bénéfices, de

déceptions, d'angoisse. Son expérience constitue un socle fiable pour l'abord de la solution prothétique ;

- l'information concernant la prothèse : en dépit de l'information précise donnée par l'urologue (explication, description, présentation d'une prothèse, formulaire de consentement éclairé), il est fréquent que tout ne soit pas clair. Or, il est apparu lors d'une recherche rétrospective menée au CETISM que la mauvaise compréhension ou l'information insuffisante était associée à un degré moindre de satisfaction chez les implantés. Ce fait est signalé au patient afin de l'inciter à ne pas laisser de questions sans réponse. Il est encouragé à réinterroger le médecin si nécessaire et à s'informer téléphoniquement auprès de patients opérés qui acceptent de partager leur expérience vécue. En insistant sur l'importance de l'information que doit acquérir le patient, on lui donne un rôle actif et responsable dans une démarche qui risque d'être ressentie comme essentiellement passive puisque c'est le médecin qui décide et qui intervient ;
- les craintes liées à l'opération et à la prothèse : si les risques médicochirurgicaux ne sont pas de la compétence du psychologue, il est d'autres craintes qui émergent. La prothèse, avec la fonctionnalité sexuelle sans faille et sans limite (mécaniquement parlant) qu'elle permet, est parfois ressentie comme une menace pour le couple en termes d'infidélités possibles ou d'hyperactivité sexuelle inadaptée. Des détails concrets sont préoccupants dans le cadre de la pratique sexuelle réelle, qu'il s'agisse du gonflage, du dégonflage, de la visibilité de la prothèse, ou des sensations érotiques ou encore de l'éjaculation ;
- désir et prothèse : il s'agit là d'une question délicate et souvent source de résistance chez la partenaire. Bien que cela soit irrationnel, beaucoup de partenaires pensent que si l'homme est appareillé, il peut ne plus être désirant. Elles ressentent la solution du trouble comme une mécanisation déplaisante ou inacceptable de la sexualité et de la relation ;
- les relations : la dimension relationnelle de la sexualité est évidente et il est indispensable de faire le bilan de la situation du patient sur ce plan. L'importance de la sexualité pour chacun des membres du couple, les avantages ou inconvénients liés à la dysérection, les attentes, craintes et exigences de chacun doivent être rencontrés afin qu'elles ne grèvent pas les chances de réussite sexuelle de l'implant ;
- l'inscription dans le temps : la nature et la durée du trouble érectile ont souvent modifié les habitudes sexuelles du couple. Beaucoup constatent une réduction si ce n'est une disparition des contacts érotiques. Une distance protectrice s'est installée. La solution prothétique supprime l'impossibilité de pénétrer mais ne raccommode pas automatiquement la déchirure du tissu relationnel. La reconquête de l'intimité est une tâche délicate qu'il est souhai-

table d'entamer dès avant l'opération. L'abord de cette question de l'intimité semble être perçu très positivement par la plupart des couples. Dans la foulée, il est bienvenu de prévenir que la situation postopératoire demande parfois des ajustements en termes de relation et d'intimité, et que l'équipe pluridisciplinaire est prête à aider le couple au cas où cette éventualité se produirait.

Conclusion

En bref, la consultation psychologique préimplantatoire est un moment privilégié d'écoute et d'échange, au cours duquel l'acte technique réparateur est intégré à un ensemble plus large, celui de la personne en relation avec ce que cela implique d'émotionnel, d'irrationnel, d'inconscient, avec les désirs qui l'animent et les craintes qui le torturent, intégration qui se fait par la prise en compte attentive et respectueuse des préoccupations et problèmes de l'individu qui nous consulte. Il n'est pas inutile de noter qu'à la fin d'une consultation d'une heure, beaucoup de patients et de couples expriment spontanément de la satisfaction, même s'ils étaient initialement sceptiques : la satisfaction d'avoir été écoutés dans leurs préoccupations intimes qui, n'étant pas du registre médical, sont ignorées (à juste titre) par les médecins, la satisfaction d'avoir une vision plus large des implications érotiques et amoureuses d'un remède high-tech.

Conflit d'intérêt : le Dr Andrienne est consultant en advisory board pour la société AMS.

Références

1. Mulcahy JJ, Austoni E, Barada JH, et al (2004) The penile implant for erectile dysfunction. *J Sex Med* 1:98-109
2. Levine LA, Rybak J (2011) Traction therapy for men with shortened penis prior to penile prosthesis implantation: a pilot study. *J Sex Med* 8:2112-7
3. Carson CC, Mulcahy JJ, Govier FE (2000) Efficacy, safety and patient satisfaction outcomes of 700CX of the AMS 700CX inflatable penile prosthesis: results of a long-term multicenter study. *J Urol* 164: 376-80
4. Awwad Z, Abu-Hijleh M, Basri S, et al (2005) Penile measurements in normal adult Jordanians and in patients with erectile dysfunction. *Int J Impot Res* 17:191-5
5. Agrawal V, Ralph D (2006) An audit of implanted penile prostheses in the UK. *BJU Int* 98:393-5
6. Kempeneers P, Andrienne R, Mormont C (1994) La prothèse pénienne : contrariétés d'une virilité artificielle. *Sexologies* 3:26-30
7. Levine LA, Estrada CR, Morgentaler A (2001) Mechanical reliability and safety of, and patient satisfaction with the Ambicor inflatable penile prosthesis: result of a 2 center study. *J Urol* 166:932-7
8. Henry G, Wilson S. (2007) Updates in inflatable penile prosthesis. *Urol Clin North Am* 34:535-47

9. Andrienne R, Balde S, de Leval J, et al (1995) Penile prosthesis in case of impotence: 12 years of clinical experience. *Acta Urol Bel* 63:89-96
10. Souillac I, Pignot G, Galiano M, et al (2009) Implants péniens hydrauliques : résultats, complications et facteurs pronostiques. *Prog Urol* 19:563-71
11. Stewart T, Gerson S (1976) Penile prosthesis: psychologic factors. *Urology* 7:400-2
12. Blake D, McCartney C, Fried F, Fehrenbaker L (1983) Psychiatric assessment of penile implant recipient. Preliminary study. *Urology* 21:252-6
13. Schover L, von Eschenbach A (1985) Sex therapy and the penile prosthesis: a synthesis. *J Sex Marital Ther* 11:57-66
14. Ulloa E, Silberbogen A, Brown K (2008) Preoperative psychosocial evaluation of penile prosthesis candidates. *Am J Ment Health* 2:68-75