



L'addiction sexuelle : quelles stratégies thérapeutiques ?

Marthylle Lagadec

DANS **PSYCHOTROPES 2016/3 Vol. 22** , PAGES 11 À 27

ÉDITIONS **DE BOECK SUPÉRIEUR**

ISSN 1245-2092

ISBN 9782807390492

DOI 10.3917/psyt.223.0011

Date de mise en ligne : 06/02/2017

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://shs.cairn.info/revue-psychotropes-2016-3-page-11?lang=fr>



Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...
Scannez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.



Distribution électronique Cairn.info pour De Boeck Supérieur.

Vous avez l'autorisation de reproduire cet article dans les limites des conditions d'utilisation de Cairn.info ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Détails et conditions sur cairn.info/copyright.

Sauf dispositions légales contraires, les usages numériques à des fins pédagogiques des présentes ressources sont soumises à l'autorisation de l'Éditeur ou, le cas échéant, de l'organisme de gestion collective habilité à cet effet. Il en est ainsi notamment en France avec le CFC qui est l'organisme agréé en la matière.

L'addiction sexuelle : quelles stratégies thérapeutiques ?

Sexual addiction: what therapeutic strategies are available?

Marthylle Lagadec

psychologue

27 rue Blomet – F 75015 Paris

lagadecaddiction@gmail.com

Résumé : Depuis quelques années, nous observons une demande clinique croissante de personnes présentant une conduite sexuelle compulsive. Face à cette problématique particulière, il est essentiel pour les praticiens d'adopter une attitude bienveillante à l'égard du patient. L'alliance thérapeutique permet à l'addict de s'exprimer librement et de se décharger progressivement de ses ressentis de honte liés à son comportement sexuel addictif. Ainsi, le clinicien peut évaluer la pratique addictive et proposer un diagnostic. Selon la sévérité du trouble et la présence de facteurs de vulnérabilité et de maintien, différentes stratégies thérapeutiques peuvent être mises en place et proposées au patient. D'après la littérature scientifique actuelle, les thérapies cognitives et comportementales semblent être une indication de soins efficace pour les addictions sexuelles.

Abstract: Over the last few years, we have seen a growing clinical demand for people with compulsive sexual behavior. Faced with this particular problem, it is essential for practitioners to adopt a kind attitude towards the patient. The therapeutic alliance allows the addict to express himself freely and to gradually relieve himself of his feelings of shame related to his addictive sexual behavior. Thus, the clinician can evaluate the addictive practice and propose

a diagnosis. Depending on the severity of the disorder and the presence of factors of vulnerability and maintenance, different therapeutic strategies can be put in place and proposed to the patient. According to the current scientific literature, cognitive and behavioral therapies appear to be an indication of effective care for sexual addictions.

Mots clés : addiction sexuelle, histoire, définition, prévalence, traitement, psychothérapie, thérapie de couple, thérapie de groupe, thérapie cognitive, thérapie comportementale, prise en charge, comorbidité

Keywords: addiction, history, definition, prevalence, treatment, psychotherapy, couple therapy, group therapy, cognitive therapy, behavioral therapy, managed care, comorbidity

Introduction

Il n'existe pas de sexualité « normale » ni une seule façon de la pratiquer. Il y a une sexualité satisfaisante pour chacun, respectueuse de l'autre et épanouissante pour le couple. Comme l'évoquait Paul Éluard, « la préoccupation sexuelle est à la base de toute l'activité de l'esprit ». Elle est donc un moteur psychique pour l'individu, mais peut également devenir un frein quand elle envahit tous les domaines importants de sa vie devant son unique but. On peut alors parler d'addiction sexuelle. Dans ce cas, il est essentiel d'évaluer sa dimension étiologique et diagnostique. L'exploration de ses facteurs de vulnérabilité et de maintien à travers le vécu du patient permet de lui indiquer des stratégies thérapeutiques pluridisciplinaires optimales.

Conceptualisation

Historique

Évoqué pour la première fois en 1970 à Boston par un membre des Alcooliques Anonymes, ce n'est qu'en 1983, que le psychiatre américain Patrick Carnes définit l'addiction sexuelle comme un comportement pathologique à travers son ouvrage intitulé *Out of the Shadows: Understanding Sexual Addiction*. Puis, les travaux de Goodman sur

l'addiction comportementale en 1990 permettent de conceptualiser ses critères diagnostiques. Cependant, les recherches menées par la suite mettent en évidence une absence de définition consensuelle : les troubles sexuels, les paraphilies et la conduite addictive ne faisant pas partie d'un concept commun. Les travaux actuels sur ce trouble montrent qu'il peut être caractérisé comme appartenant au spectre addictif (Carnes, 1983 ; Schneider, 2001 ; Goodman, 1990) ou qualifié de désordre atypique du contrôle des impulsions (Barth, 1987), enfin, plus récemment, Bancroft et Janssen parlent de comportement sexuel excessif hors de contrôle (Bancroft, 2008). D'un point de vue nosographique, le trouble hypersexuel proposé lors de la 5^e édition du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, n'a pas été retenu en raison d'une absence de fondements empiriques et d'approche consensuelle (Kafka, 2010).

Définition controversée

La discussion sur l'intégration du trouble hypersexuel dans le DSM-5 atteste cette confusion. L'absence de normes ne permet pas de s'appuyer sur la dimension quantitative pour diagnostiquer un comportement pathologique sexuel. Selon l'approche physiologique sexuelle, la libido fluctue, entre autres, en fonction des besoins physiologiques de chaque individu, certaines personnes ont moins de besoins sexuels que d'autres manifestant une libido plus importante sans engendrer de problématique, de répercussions négatives ou de souffrances particulières pour le sujet ou le partenaire. La fréquence des rapports sexuels, de visionnage pornographique et autres comportements sexuels que l'on peut nommer « excessifs » n'est pas considérée comme un critère diagnostique principal de l'addiction sexuelle. Cependant, la survenue ou l'alternance d'épisodes sexuels excessifs inhabituels chez un individu doit être explorée par le clinicien. La perte de contrôle, l'obsession du comportement sexuel, la souffrance ressentie et les répercussions thymiques, conjugales, sociales, physiques et professionnelles qui en découlent sont autant de critères à prendre en compte dans l'évaluation de ce trouble. « Le sexe devient alors une priorité absolue dans la vie du sujet pour lequel il est prêt à tout sacrifier » (Goodman, 1992).

Parmi les différentes pratiques sexuelles retrouvées chez les addicts, on distingue la masturbation compulsive, la pornographie, le comportement sexuel entre adultes consentants, le cybersexe, le sexe par téléphone, les clubs de strip-tease et les paraphilies ou comportements sexuels déviants (fétichisme, voyeurisme, sadomasochisme, exhibitionnisme,

travestisme, rapports sexuels non consentants, harcèlement sexuel, frotteurisme, rapports sexuels avec des mineurs).

De par la place controversée des comportements déviants sexuels ou « paraphilies » et des perversions dans l'addiction sexuelle, nous évoquerons, dans cet article, seulement les addictions sexuelles non paraphiliques.

Prévalence

D'après les études de prévalence américaines et australiennes, l'addiction sexuelle concernerait 3 à 6 % de la population générale (Kuzma, 2008). Les données montrent une fréquence plus élevée chez les hommes (Mick, 2006), ainsi qu'une émergence du trouble vers la fin de l'adolescence et à l'âge adulte jeune.

Les résultats d'une recherche portant sur 1 837 étudiants universitaires ont mis en évidence une prévalence de ce comportement de 2,0 % (3,0 % pour les hommes, 1,2 % pour les femmes) (Odlaug, 2013). Des statistiques similaires (1,7 % et 4,4 %) ont été retrouvées chez des patients psychiatriques hospitalisés (Grant, 2005 ; Müller, 2011). Concernant la dépendance sexuelle sur Internet, les chiffres atteindraient 2 % pour les femmes et 5 % pour les hommes (Ross, 2012).

Évaluer la prévalence d'un comportement sexuel addictif est difficile, en raison de l'embarras et de la honte souvent ressentis par ceux qui en souffrent (Black, 1997). Concernant la population d'addicts sexuels en soins, la plupart seraient des hommes (Black, 1997 ; Carnes, 1992 ; Raymond, 2003) avec un début de comportements sexuels compulsifs à la fin de l'adolescence (Black, 1997 ; Kafka, 1997). De par la problématique particulière et taboue, les femmes sont sous-représentées dans ces échantillons cliniques (Grant, 2008). À ce jour, aucune recherche épidémiologique n'a été menée sur les addictions sexuelles en France malgré l'existence d'une réalité médiatique, clinique et technologique.

Description clinique

Cycle addictif

Des travaux ont identifié les différentes phases du cycle addictif d'un compulsif sexuel relativement similaires à celui des conduites addictives avec substances (Reed et Blaine, 1988). Lors de la première phase, l'addict est envahi par des pensées obsessionnelles à caractère sexuel.

Cette préoccupation déclenche des envies importantes de pratiquer le comportement addictif spécifique et la planification ou la préparation de la conduite, souvent sous forme de rituels. En proie avec ses envies irrépressibles, l'individu ne peut se contrôler et passe à l'acte. S'ensuit un fort sentiment de dégoût, de honte, de désespoir face à sa propre incapacité à se maîtriser. Ainsi, à chaque répétition de cette séquence, les phases s'intensifient, le comportement accapare progressivement tous les domaines importants de l'individu. Il n'est plus acteur de sa vie, sa liberté de choix est entravée.

Facteurs de risque, de maintien et comorbidités

Les facteurs de risque d'une addiction sexuelle sont sensiblement identiques aux addictions sans substances et sont le résultat d'une interaction complexe entre des facteurs de vulnérabilité développementaux, comportementaux, psychologiques, environnementaux, génétiques et neurobiologiques (Karila, 2013).

La surreprésentation des stimuli sexuels dans notre société est un facteur de vulnérabilité et de renforcement environnemental pour les personnes souffrant d'addiction sexuelle. L'industrie du sexe est actuellement un secteur économique en plein essor, qui génère un chiffre d'affaires annuel de 60 milliards de dollars grâce à son développement sur Internet. Selon Bancroft, la masturbation et l'utilisation d'Internet sont des comportements sexuels particulièrement incontrôlables (Bancroft, 2008). D'après les études actuelles, le temps passé à regarder du contenu pornographique peut avoir des conséquences négatives sur la représentation de l'autre sur le long terme. Ainsi, les personnes visionnant fréquemment de la pornographie ont tendance à considérer l'autre comme un jouet sexuel ou un objet plutôt que de le voir comme un individu à part entière, avec ses propres sentiments, désirs et pensées (Harris, 1994). Leur filtre sexuel est dysfonctionnel et elles interprètent souvent un échange convivial avec un individu du sexe opposé dans leur sphère sociale comme des avances sexuelles.

Par ailleurs, des recherches menées sur des cohortes d'addicts sexuels montrent l'impact de facteurs individuels spécifiques dans la problématique addictive sexuelle. La sexualité, composante essentielle dans la vie de l'individu nécessite l'exploration de ses dysfonctionnements au cours de son processus de sexualisation (découverte et développement). Les dysharmonies conjugales comme les conflits et l'insatisfaction sexuelle, retrouvée également chez les célibataires, peuvent déclencher et renforcer l'addiction sexuelle. De même, l'existence d'événements

de vie traumatiques et de troubles de l'attachement pendant l'enfance favorise la précocité de l'initiation sexuelle, la fréquence de comportements sexuels plus élevés et une diversité des expériences sexuelles (Langström, 2006).

Les dysfonctions sexuelles comme un trouble de l'érection et d'excitation sont également évoquées dans l'initiation et le maintien du trouble.

Enfin, les addicts sexuels présentent des comorbidités psychiatriques, principalement des troubles anxieux et thymiques (Kafka, 1997), ainsi que des comorbidités addictives notamment aux substances ou aux jeux de hasard et d'argent. On retrouve une prédominance de traits d'impulsivité et du trouble déficitaire de l'attention/hyperactivité. Il existe également un risque plus important de conduites suicidaires et d'infections sexuellement transmissibles liées à des rapports sexuels non protégés.

Fonction du comportement

Chaque addict sexuel ne fait pas appel au comportement addictif pour les mêmes raisons. En fonction de leur vécu, de leurs facteurs de vulnérabilité, de leur histoire sexuelle, de leur fragilité psychique, chaque individu l'utilise pour panser des plaies plus ou moins profondes. Cette partie invisible de l'iceberg entretient le cercle vicieux addictif.

Certains trouvent dans l'addiction sexuelle une solution d'apaisement immédiat, l'agir permet de soulager une tension interne, comme l'anxiété, la tristesse. D'autres évitent, fuient et se réfugient dans la pratique addictive pour oublier et échapper à une situation problématique ou douloureuse. L'autodestruction de soi, comme se punir ou se faire souffrir dans l'addiction, est également une fonction souvent retrouvée chez les sujets addicts, notamment dans des comportements de domination ou de soumission. L'addiction sexuelle peut aussi permettre de remplir un vide, de s'affirmer, de se valoriser ou d'exister, c'est une sorte de stimulation existentielle chez des personnes souffrant d'une faible estime de soi et/ou d'une faille narcissique. Enfin, comme pour les addictions aux substances psychoactives, les addicts sexuels peuvent être en quête de nouveauté et de sensations fortes.

Traitement

Bien que plusieurs articles et livres décrivent des approches thérapeutiques pour les personnes souffrant d'un comportement sexuel

addictif, il existe peu d'évaluations de ces interventions (Marshall, 2010). Cependant, la psychothérapie semble être une stratégie de soin intéressante pour les dépendants sexuels. Elle peut être orientée sur la reprise de contrôle, sur l'arrêt de la pratique addictive ou sur ses répercussions négatives. (Kaplan, 2010).

De plus, les patients en demande de soins sont pour la plupart motivés par des problèmes conjugaux, professionnels ou thymiques provoqués par leur dépendance qu'il est aussi important de traiter (Hagedorn, 2005 ; Irons, 1994 ; Schneider, 1998).

Les prises en charge retrouvées dans la littérature scientifique sont donc la thérapie cognitivo-comportementale (Goodman, 1998 ; Sbraga, 2003), la thérapie de groupe (Hook, 2008), les programmes en 12 étapes (Parker, 2002), les thérapies de couple (Laaser, 2002), et le traitement pharmacologique (Kafka, 2000 ; Krueger, 2002).

Quelle que soit l'approche utilisée, le traitement commence toujours par un diagnostic précis permettant d'évaluer la présence de causes médicales. Certains troubles neurologiques peuvent amener un individu à agir de façon inappropriée et à adopter un comportement sexuel excessif. C'est le cas chez certaines personnes souffrant de démence frontale comme la maladie d'Alzheimer, la maladie de Pick et le syndrome de Kleine-Levin (Callesen, 2014). En outre, certains traitements médicaux peuvent aussi provoquer une augmentation des agonistes dopaminergiques utilisés dans le traitement de la maladie de Parkinson (Smith, 2007). Nous allons faire le point sur les principales interventions thérapeutiques.

Le traitement pharmacologique

Au vu des comorbidités anxio-dépressives présentes chez les addicts sexuels, les traitements médicaux proposés peuvent cibler les troubles de l'humeur ainsi que la conduite addictive (régulation du désir sexuel, compulsivité/impulsivité) (Kafka, 1991).

Compte tenu du comportement sexuel incontrôlable similaire aux paraphilies et à l'addiction sexuelle (Krueger, 2001), le traitement pharmacologique déjà utilisé dans le cadre de ces conduites déviantes peut être une indication efficace pour des dépendants sexuels (Krueger, 2002).

De plus, une étude randomisée sur 12 semaines testant le citalopram, un antidépresseur de la famille des inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) a montré un effet sur le désir sexuel, la libido, la fréquence de la masturbation et l'utilisation de la pornographie

(Wainberg, 2006). Une réduction de la pratique sexuelle addictive a été rapportée chez certains cas cliniques sous fluoxétine (Kafka, 1992), autres ISRS (Stein, 1992), naltrexone (Bostwick, 2008 ; Grant, 2001), topiramate (Khazaal, 2006), citalopram (Malladi, 2005), acétate de leuprolide (Saleh, 2005), néfazodone (Coleman, 2000), clomipramine et acide valproïque (Gulsun, 2007).

La psychothérapie psychodynamique

Malgré le peu d'études sur cette approche thérapeutique, de nombreux cliniciens s'accordent sur l'importance d'analyser les antécédents familiaux et le vécu traumatique du patient (Cooper, 2001 ; Goodman, 1998 ; Schwartz, 2008). D'après une étude menée auprès de dépendants sexuels fragilisés par une image de soi négative et une estime de soi faible, il semble important d'explorer les représentations sexuelles dysfonctionnelles sur les relations amoureuses et affectives du patient, ainsi que les modes d'approches relationnels inadaptés (Montaldi, 2002).

Les thérapies de couple

Les travaux de Cooper et Marcus ont montré que l'addiction sexuelle peut être symptomatique d'un trouble relationnel de couple (Cooper, 2003). De même, la présence de ce trouble au sein d'un couple, ou sa découverte, impacte plus ou moins sévèrement l'entente affective et sexuelle conjugale (Carnes, 1991 ; Coleman, 1995 ; Schwartz, 1994 ; Ward, 1996). Les dommages sur le partenaire sont la plupart du temps une image négative de soi et des ressentis de méfiance, de trahison et de honte.

Dans les deux cas, la thérapie de couple permet, dans un premier temps, d'apaiser la relation conflictuelle. Puis, de rétablir une confiance, de travailler sur un rapprochement affectif, de restaurer une communication ainsi qu'une complicité perdue (Hayden, 2013). L'objectif principal de cette approche est la construction d'un « nouveau couple » plus stable, plus solide.

Les trois étapes essentielles d'une thérapie conjugale décrites par Spring sont l'identification des sentiments, la décision de se réengager ou se séparer, et la reconstruction de la relation (Spring, 1996). Laaser a adapté le modèle des 12 étapes aux couples (Laaser, 2002).

Concernant la révélation d'un trouble sexuel addictif passé au conjoint, les recherches montrent des résultats divergents. Certains thérapeutes soulignent la nécessité d'honnêteté et certains hésitent à

recommander la divulgation totale ou partielle (Spring, 1996 ; Schneider, 2002). Le rétablissement de la confiance, le manque d'intimité et les limites imposées sont les problématiques les plus abordées. Une année sans rechute semble être nécessaire pour que le partenaire soit prêt à pardonner et à redonner sa confiance (Schneider, 1996).

Les thérapies de groupe

L'intérêt de la thérapie de groupe est de dynamiser la relation thérapeutique, d'accélérer les processus de changement en partageant son expérience avec les autres patients et en puisant dans le vécu de l'autre des solutions possibles (Hayden, 2013). Elle permet aussi de réduire les sentiments de honte grâce au soutien et à l'écoute des autres membres et de retirer cette étiquette de « monstre sexuel » souvent à l'origine d'un isolement social profond (Schreiber, 2011). Le groupe représente alors une base « sécuritaire », indispensable au soin des pathologies addictives dont la problématique principale est un fort ressenti d'insécurité et d'incomplétude. Les jeux de rôles, outil thérapeutique couramment utilisé au cours des séances, offrent la possibilité d'expérimenter des situations problématiques directement vécues dans l'ici et le maintenant. À travers cet exercice, le patient devient spectateur ou acteur de son propre rôle, il prend ainsi conscience de ressources parfois insoupçonnées.

Des travaux menés sur cette prise en charge ont mis en évidence plusieurs dimensions thérapeutiques, notamment l'universalité, la communication des informations, l'altruisme, la modification des schémas familiaux primaires, la socialisation, les comportements d'imitation, l'apprentissage interpersonnel, la cohésion du groupe, la décharge émotionnelle et les facteurs existentiels (Yalom, 1985 ; Hook, 2008 ; Nerenberg, 2000). Des thérapies de groupe s'appuient sur ces facteurs (Hook, 2008), d'autres se focalisent sur le traitement de la dépendance sexuelle comme les groupes de psychoéducation, les groupes cognitivo-comportementaux, les groupes psychodynamiques, les groupes de couples et les groupes d'auto-assistance (Goodman, 1998).

De même, les groupes de parole ou d'entraide jouent également un rôle important dans la reprise de contrôle ou l'arrêt de l'addiction. C'est le cas du modèle en douze étapes initialement proposé par les Alcooliques Anonymes, adapté aux addictions sexuelles (par exemple, en France, le DASA : dépendants affectifs et sexuels anonymes) (Carnes, 2001). Ces programmes sont généralement complémentaires à une thérapie (Carnes, 2000). D'après Parker et Guest, les dimensions essentielles de ce programme sont l'abstinence sexuelle, l'adhésion à la psychothérapie

et l'anonymat (Parker, 2002). Dans la plupart de ces groupes d'entraide, le statut de célibataire est nécessaire ou encouragé mais il est sujet à controverses. (Schneider, 1988).

Les thérapies comportementales (TCC) et prévention de la rechute

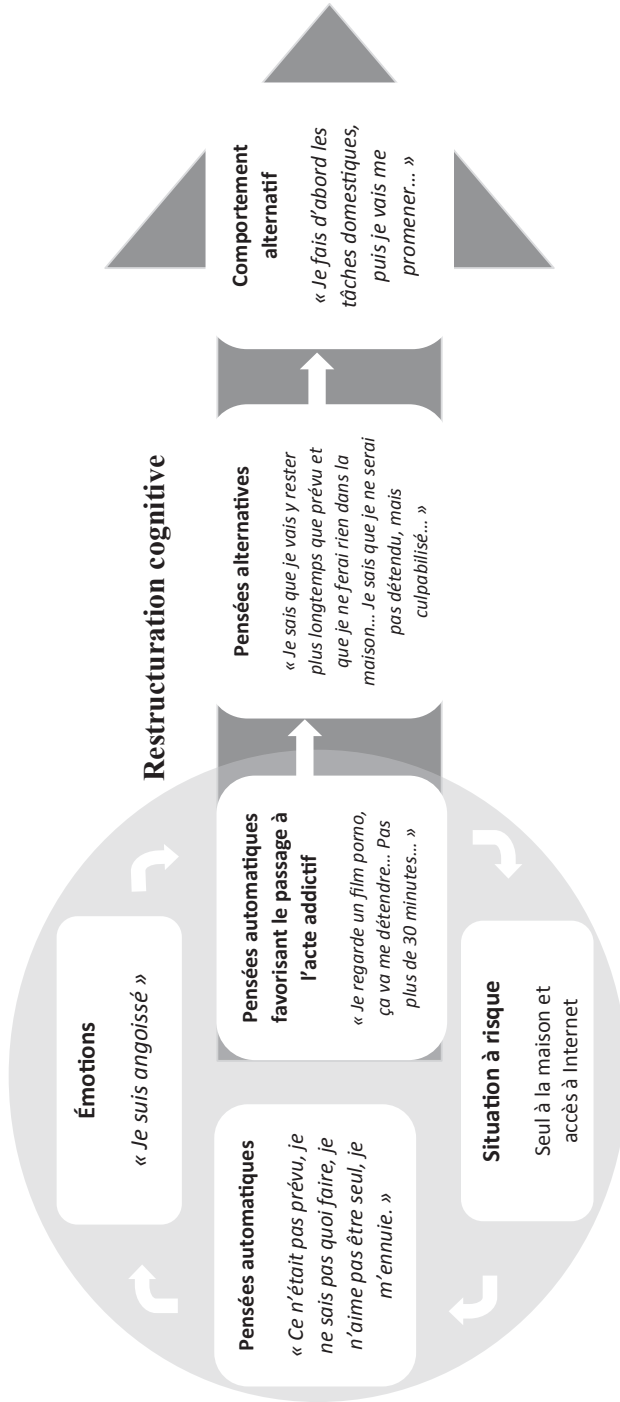
Parmi les nouvelles vagues thérapeutiques, Reid et son équipe ont évalué l'efficacité d'une thérapie cognitive basée sur la pleine conscience, ou *mindfulness*, auprès de patients souffrant de « trouble hypersexuel » associé à une dysrégulation émotionnelle, de l'impulsivité et des stratégies de coping inadaptées (Reid, 2013). Cette intervention contribue à la réduction de la conduite addictive sexuelle, à l'amélioration de la gestion émotionnelle et à la diminution de l'impulsivité (Lagadec, 2012).

Par ailleurs, plusieurs travaux ont montré l'efficacité des thérapies cognitivo-comportementales dans le traitement des conduites addictives. Cette approche thérapeutique brève s'appuie sur l'interdépendance des processus cognitifs, émotionnels et comportementaux (Beck, 1993 ; Rotgers, 2006). Dans le cas d'une addiction sexuelle, le comportement problématique est appris selon les différents modèles d'apprentissage. Le cycle addictif qui en découle est entretenu par des renforcements individuels, environnementaux et liés à la sexualité, notamment des distorsions cognitives de type « pensées automatiques » précédant, accompagnant ou succédant au passage à l'acte. Ainsi, cette stratégie thérapeutique aide le patient à modifier ses schémas de pensée dysfonctionnels, à diminuer ou arrêter sa pratique sexuelle addictive et à réduire ses ressentis de honte (Poudat, 2011).

Différentes techniques sont utilisées au cours des séances :

- *L'analyse fonctionnelle* : elle permet de repérer avec le patient les différentes dimensions du comportement addictif : cognitive, émotionnelle et comportementale. L'identification du cycle addictif ou boucle réflexe autorenforçatrice met en évidence les facteurs de répétition de la conduite addictive, les croyances permissives, soulageantes et anticipatrices, les troubles émotionnels associés (peur, colère, excitation, jouissance...) et les éléments environnementaux affectifs et socioprofessionnels. De plus, l'exploration des facteurs de vulnérabilité s'inscrit dans le vécu du sujet en souffrance ; il est important d'évaluer leurs liens avec le trouble addictif. Cette phase d'auto-observation du symptôme aide le patient à porter un autre regard sur sa problématique, c'est le début du changement (Rosenberg, 2012).

Schéma 1. Cycle addictif comportemental dysfonctionnel



- *Les entretiens motivationnels* : grâce aux outils proposés au cours de cette étape, le patient identifie les bénéfices et inconvénients à poursuivre la conduite addictive. La place importante occupée par l'addiction dans sa vie est également abordée. Progressivement, il prend conscience que lui seul peut décider de modifier son comportement et redevenir acteur de sa vie, notamment en fixant un objectif de fin de traitement atteignable.
- *Les stratégies comportementales* : afin de modifier sa conduite addictive, l'addict sexuel repère dans un premier temps les situations à risque (SAR) de pratiquer. Cette situation ou événement à risque, premier maillon de la chaîne addictive, apparaît toujours dans un contexte précis et provoque des envies irrésistibles de passer à l'acte. Exposé à ses SAR, il a la possibilité de mettre en place des stratégies comportementales d'évitement ou d'autolimitations (par exemple un contrôle parental sur l'ordinateur) pour retrouver un début de maîtrise sur sa conduite. Ainsi, le patient peut se protéger contre l'aggravation des dommages causés par son addiction et renforcer sa capacité au changement.
- *La restructuration cognitive* : face à une situation à risque, des pensées automatiques dysfonctionnelles (de type permissives, soulageantes...) (schéma 1) se mettent en place et activent fortement l'envie de pratiquer l'addiction sexuelle. Suite à l'identification de ses processus cognitifs inadaptés, la remédiation cognitive permet au patient d'envisager des alternatives pour lutter contre son cycle addictif et passer d'un système de pensée addictif au système de pensée sans ce problème. Le patient, jusqu'alors convaincu que ses envies de pratiquer son addiction sexuelle étaient « plus fortes » que lui, qu'il n'avait aucun contrôle sur elle, peut maintenant envisager qu'un choix s'offre à lui.
- *La psychoéducation sexuelle* : est utilisée pour améliorer la connaissance des patients et de leurs partenaires sur le trouble (par exemple, l'étiologie, le fonctionnement, les symptômes, les facteurs de risque, et les traitements disponibles). Les croyances erronées sur la sexualité, le couple, la relation à l'autre sont également des thèmes essentiels à travailler pendant la thérapie.
- *La prévention de la rechute* : la rechute fait souvent partie du parcours de soins. Considérée comme un retour en arrière par le patient, elle peut renforcer son incapacité à atteindre l'objectif de fin de traitement. Cependant, prendre le temps de la comprendre avec lui, d'identifier ce qui l'a déclenchée, permet la mise en

place de nouveaux processus d'apprentissage afin de la prévenir. Initialement utilisées dans le traitement de l'addiction aux substances psychoactives et la dépendance à l'alcool (Marlatt, 1985), pour agir sur l'anticipation et la prévention des rechutes dans l'alcoolisme, ces techniques ont été adaptées au traitement des paraphilies (Marshall, 1996) et, plus récemment, aux addictions sexuelles (Sbraga, 2003).

Au cours de la thérapie, des exercices inter-séances sont proposés à l'addict et repris en consultation avec le clinicien, dans le cadre d'une collaboration thérapeutique. Il est également important de l'aider à développer des activités gratifiantes, de loisirs, lui amenant un réel plaisir et une entière satisfaction de soi.

À l'issue du traitement, le patient est assez autonome pour faire face, seul, à d'éventuelles situations à risque ou envies liées à sa pratique addictive.

L'expérience nantaise

Nous avons, depuis quatre ans à Nantes, élaboré un protocole basé sur la restructuration cognitive en groupe des addictions sexuelles. Les résultats, en cours d'évaluation, soulignent, après un suivi de 2 ans, une réelle efficacité tant du travail de groupe que de la thérapie cognitive. Celle-ci était basée sur l'information pédagogique, la restructuration cognitive des schémas de croyance, le travail de désensibilisation/resensibilisation de l'activité fantasmatique, la prévention des rechutes. D'autres voies de recherches sont en cours, sur l'efficacité en groupe de la prescription du symptôme avec prévention de la réponse et sur les schémas de croyances spécifiques des addicts sexuels (Lagadec, 2015).

Conclusion

Les cliniciens spécialisés dans le soin des addictions sexuelles recommandent une prise en charge multimodale en fonction des comorbidités associées. Ces différentes approches sont complémentaires et indiquées sous diverses modalités en fonction des besoins spécifiques du patient (Dawson, 2012). Cependant, les recherches évaluant l'efficacité ou les méthodes utilisées sont rares ou inexistantes. Face à cette difficulté diagnostique et thérapeutique, il est nécessaire de mener des études contrôlées au sein de notre population afin de valider des outils d'évaluation et d'affiner les profils d'addicts sexuels en vue de mieux préciser les indications de soins. Enfin, il est essentiel d'identifier des facteurs de risque dans le but de développer l'axe préventif dans ce domaine.

Bibliographie

- Bancroft, J. (2008). « The Sexual behavior that is out of control: a theoretical conceptual approach », *Psychiatr Clin North Am*, 31(4), 593-601.
- Barth, R. J. (1987). « The mislabeling of sexual impulsivity », *Journal of Sex and Marital Therapy*, 1(1), 15-23.
- Beck, A. K. (1993). *Cognitive Therapy of Substance Abuse*, New York, Guilford Press.
- Black, D. W., Kehrberg, L. L., Flumerfelt, D. L., Schlosser, S. S. (1997). « Characteristics of 36 subjects reporting compulsive sexual behavior », *The American Journal of Psychiatry*, 154(2), 243-249.
- Bostwick, J. M., Bucci, J. A. (2008). « Internet sex addiction treated with naltrexone », *Mayo Clin Proc.*, 83(2), 226-230.
- Callesen, M. B., Weintraub, D., Damholdt, M. F., Møller, A. (2014). « Impulsive and compulsive behaviors among Danish patients with Parkinson's disease: Prevalence, depression, and personality », *Parkinsonism & Related Disorder*, 20(1), 22-26.
- Carnes, P. (1991). *Don't call it love: Recovery from sexual addiction*. New York, NY, Bantam.
- Carnes, P. (2001). *Out of the Shadows: Understanding Sexual Addiction*, 3rd ed., Center City: Hazelden Information & Educational Services.
- Carnes, P., Schneider, J. P. (2000). « Recognition and management of addictive sexual disorders: guide for the primary care clinician », *Lippincotts Prim Care Pract.*, 4(3), 302-318.
- Coleman, E. (1995). « Treatment of compulsive sexual behavior », in R. Rosen, S. Lieblum (eds.), *Case studies in sex therapy* (pp. 333-349), New York, Guilford.
- Coleman, E., Gratzner, T., Nesvacil, L., Raymond, N. C. (2000). « Nefazodone and the treatment of nonparaphilic compulsive sexual behavior: A retrospective study », *J Clin Psychiatry*, 64, 282-284.
- Cooper, A., Marcus, I. D. (2003). « Men who are not in control of their sexual behavior », in S. B. Levine, C. B. Risen, S. E. Althof (eds.), *Handbook of clinical sexuality for mental health professionals* (pp. 311-332), New York, Brunner/Routledge.
- Cooper, M., Lebo, R. A. (2001). « Assessment and treatment of sexual compulsivity: A multi-modal perspective », *J Soc Work Pract Addict.*, 1(2), 61-74.
- Dawson, G. N., Warren, D. E. (2012). « Evaluating and treating sexual addiction », *Am Fam Physician*, 86(1), 74-76.
- Goodman, A. (1998). *Sexual addiction: An integrated approach*. Madison, CT, International Universities Press.
- Goodman, A. (1992). « Sexual addiction: designation and treatment », *J Sex Marital Ther.*, 18(4), 303-314.
- Grant, J. E., Kim, S. W. (2001). « A case of kleptomania and compulsive sexual behavior treated with naltrexone », *Ann Clin Psychiatry*, 13, 229-231.
- Grant, J. E., Levine, L., Kim, D., Potenza, M. N. (2005). « Impulse control disorders in adult psychiatric inpatients », *The American Journal of Psychiatry*, 162(11), 2184-2188.
- Gulsun, M., Gulcat, Z., Aydin, H. (2007). « Treatment of compulsive sexual behaviour with clomipramine and valproic acid », *Clinical Drug Investigation*, 27, 219-223.

- Hagedorn, W. B., Juhnke, G. A. (2005). « Treating the sexually addicted client: Establishing a need for increased counselor awareness », *Journal of Addictions & Offender Counseling*, 25, 66-86.
- Harris, R. J. (1994). « The impact of sexually explicit media », in J. Bryant, D. Zillmann (eds.), *Media Effects: Advances in Theory and Research*, Hillsdale, Erlbaum.
- Hayden, D. (2013). *Total sex addiction recovery: A guide to therapy*, Bloomington, IN, Xlibris.
- Hook, J. N., Hook, J. P., Hines, S. (2008). « Reach Out or Act Out: Long-Term Group Therapy for Sexual Addiction », *Sex Addict Compulsivity*, 15, 217-232.
- Irons, R. R., Schneider, J. R. (1994). « Sexual addiction: Significant factor in sexual exploitation by health care professionals », *Sexual Addiction & Compulsivity*, 1, 198-214.
- Kafka, M. P. (1997). « Hypersexual desire in males: An operational definition and clinical implications for males with paraphilias and paraphilia-related disorders », *Archives of Sexual Behavior*, 26(5), 505-526.
- Kafka, M. P. (2010). « Hypersexual disorder: a proposed diagnosis for DSM-5 », *Archives of Sexual Behavior*, 39(2), 377-400.
- Kafka, M. P. (1991). « Successful antidepressant treatment of nonparaphilic sexual addictions and paraphilias in men », *J Clin Psychiatry*, 52, 60-65.
- Kafka, M. P. (2000). « The paraphilia-related disorders », in S. R. Leiblum, R. C. Rosen (eds.), *Principles and practice of sex therapy*, New York-London, The Guilford Press.
- Kafka, M. P., Prentky, R.A. (1992). « A comparative study of nonparaphilic sexual addictions and paraphilias in men », *J Clin Psychiatry*, 53(10), 345-350.
- Kafka, M. P., Prentky, R. A. (1997). « Compulsive sexual behavior characteristics », *Am J Psychiatry*, 154(11), 1632.
- Kaplan, M. S., Krueger, R. B. (2010). « Diagnosis, assessment, and treatment of hypersexuality », *J Sex Res.*, 47,181-198.
- Khazaal, Y., Zullino, D. F. (2006). « Topiramate in the treatment of compulsive sexual behavior: case report », *BMC Psychiatry*, 6, 22.
- Krueger, R. B., Kaplan, M. S. (2002). « Behavioral and psychopharmacological treatment of the paraphilic and hypersexual disorders », *J Psychiatr Pract.*, 8, 21-32.
- Krueger, R. B., Kaplan, M. S. (2001). « The paraphilic and hypersexual disorders: an overview », *J Psychiatr Pract.*, 7(6), 391-403.
- Kuzma, J. M., Black, D. W. (2008). « Epidemiology, prevalence, and natural history of compulsive sexual behavior », *Psychiatr Clin North Am.*, 31(4), 603-611.
- Laaser, M. R. (2002). « Recovery for couples », in P. Carnes, K. Adams (eds.), *Clinical management of sex addiction* (pp. 125-136), New York, Brunner/Routledge.
- Lagadec, M., Poudat, F.-X., Grall-Bronnec, M. (2015). « Addictions sexuelles : une expérience de TCC », *Revue santé mentale*, 196.
- Lagadec, M., Poudat, F.-X., Vénisse, J.-L., Grall-Bronnec, M. (2012). « Prise en charge cognitivo-comportementale groupale des addictions sexuelles », communication présentée aux 6^{es} journées de l'Albatros (congrès international d'addictologie), Paris, 7-8 juin 2012 (<http://www.calameo.com/books/000302227b6e2ac6c754c>).
- Langström, N., Hanson, R. K. (2006). « High rates of sexual behavior in the general population: Correlates and predictors », *Arch Sex Behav.*, 35, 37-52.

- Malladi, S. S., Singh, A. N. (2005). « Hypersexuality and its response to citalopram in a patient with hypothalamic hamartoma and precocious puberty », *Int J Neuropsychopharmacol*, 8, 1-2.
- Marlatt, G. A., Gordon, J. R. (1985). *Relapse prevention*, New York, Guildford.
- Marshall, L. E., Briken, P. (2010). « Assessment, diagnosis, and management of hypersexual disorders », *Curr Opin Psychiatry*, 23(6),570-573.
- Marshall, W. L., Anderson, D. (1996). « An evaluation of the benefits of relapse prevention programs with sexual offenders », *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 8, 209-221.
- Mick, T. M., Hollander, E. (2006). « Impulsive-compulsive sexual behavior », *CNS Spectr.*, 11(12), 944-955.
- Montaldi, D. F. (2002). « Understanding hypersexuality with an Axis II model », *J Psychol Human Sex.*, 14(4),1-23.
- Müller, A., Rein, K., Kollei, I., Jacobi, A., Rotter, A., Schütz, P., Hillemacher, T., de Zwaan, M. (2011). « Impulse control disorders in psychiatric inpatients », *Psychiatry Research*, 188(3), 434-438.
- Nerenberg, A. (2000). « The value of group psychotherapy for sexual addicts in a residential setting », *Sex Addict Compulsivity*, 7, 197-209.
- Odling, B. L., Lust, K., Schreiber, L. R., Christenson, G., Derbyshire, K., Harvanko, A., Golden, D., Grant, J. E. (2013). « Compulsive sexual behavior in young adults », *Annals of Clinical Psychiatry*, 25(3), 193-200.
- Parker, J., Guest, D. (2002). « The integration of psychotherapy and 12-step programs in sexual addiction treatment », in P. Carnes, K. Adams (eds.), *Clinical management of sex addiction* (pp. 115-124). New York, Brunner/Routledge.
- Poudat, F.-X. et al. (2011). *Sexualité, couple et TCC. Les difficultés conjugales*, vol. 2. Issy-les-Moulineaux, Elsevier Masson.
- Raymond, N. C., Coleman, E., Miner, M. H. (2003). « Psychiatric comorbidity and compulsive/impulsive traits in compulsive sexual behavior », *Comprehensive Psychiatry*, 44(5), 370-380.
- Reed, R. C., Blaine, D. A. (1988). « Sexual Addictions », *Holistic Nurse Practitioner*, 2(4), 75-83.
- Reid, R. C., Bramen, J. E., Anderson, A., Cohen, M. S. (2013). « Mindfulness, Emotional Dysregulation, Impulsivity, and Stress Proneness among Hypersexual Patients », *J. Clin. Psychol.*, 1-9.
- Rosenberg, K. P., Carnes, P., O'Connor, S. (2012). « Evaluation and treatment of sex addiction », *Journal of Sex & Marital Therapy*, 40(2), 77-91.
- Ross, M. W., Månsson, S. A., Daneback, K. (2012). « Prevalence, severity, and correlates of problematic sexual internet use in Swedish men and women », *Archives of Sexual Behavior*, 41(2), 459-466.
- Rotgers, F. (2006). « Cognitive-behavioral theories of substance abuse », in *Treating substance abuse* (pp. 166-189), New York-London, Guilford.
- Saleh, F. A. (2005). « Hypersexual paraphilic patient treated with leuprolide acetate: A single case report », *J Sex Marital Ther.*, 31, 433-444.
- Sbraga, T. P., O'Donohue, W. T. (2003). *The sex addiction workbook. Proven strategies to help you regain control of your life*, Oakland, Canada, New Harbinger.

- Schneider, J. P., Corley, M. D. (2002). « Disclosure of extramarital sexual activities by persons with addictive or compulsive sexual disorders. Results of a study and implications for therapists », in P. Carnes, K. Adams (eds.), *Clinical management of sex addiction* (pp. 137-161), New York, Brunner/Routledge.
- Schneider, J. P., Corley, M. D., Irons, R. K. (1998). « Surviving disclosure of infidelity: Results of an international survey of 164 recovering sex addicts and partners », *Sexual Addiction & Compulsivity*, 5, 189-217.
- Schneider, J. P., Irons, R. R. (2001). « Assessment and treatment of addictive sexual disorders: relevance for chemical dependency relapse », *Subst Use Misuse*, 36, 1795-1820.
- Schneider, J. P., Schneider, B. H. (1996). « Couple recovery from sexual addiction/co addiction: Results of a survey of 88 marriages », *Sexual Addiction & Compulsivity*, 3, 111-126.
- Schreiber, L. R. N., Odlaug, B. L., Grant, J. E. (2011). « Compulsive Sexual Behavior: Phenomenology and Epidemiology », in J. E. Grant, M. N. Potenza (eds.). *The Oxford handbook of impulse control disorders*, New York, Oxford University Press.
- Schwartz, M. F. (2008). « Developmental psychopathological perspectives on sexually compulsive behavior », *Psychiatr Clin North Am.*, 31, 567-586.
- Schwartz, M. F., Masters, W. H. (1994). « Integration of trauma-based, cognitive, behavioral, systemic, and addiction approaches for treatment of hypersexual pair-bonding disorder », *Sex Addict Compulsivity*, 1, 57-76.
- Smith, S. (2007). « Drugs that cause sexual dysfunction », *Psychiatry*, 6(3), 111-114.
- Spring, J. A. (1996). *After the affair. Healing the pain and rebuilding trust when a partner has been unfaithful*, New York, Harper-Collins.
- Stein, D. J., Hollander, E., Anthony, D. T., Schneier, F. R., Fallon, B. A., Liebowitz, M. R. et al. (1992). « Serotonergic medications for sexual obsessions, sexual addictions, and paraphilias », *J Clin Psychiatry*, 53(8), 267-271.
- Wainberg, M., Muenc, F., Morgenstern, J., Hollander, E., Irwin, T., Parsons, J. et al. (2006). « A double-blind study of citalopram versus placebo in the treatment of compulsive sexual behaviors in gay and bisexual men », *J Clin Psychiatry*, 67(12), 1968-1973.
- Ward, T., Hudson, S. M., Marshall, W. L. (1996). « Attachment style in sex offenders: A preliminary study », *J Sex Res.*, 33, 17-26.
- Yalom, I. D. (1985). *The theory and practice of group psychotherapy*, 3rd ed., New York, Basic Books.