

ADDICTION SEXUELLE

DONNÉES CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES



Docteur Geneviève LAFAYE

Praticien Hospitalier

Centre d'enseignement, de Recherche et de Traitement des addictions

1^{er} Juin 2012

INTRODUCTION

- Entrée dans le champ médical ancien
 - Dysfonctions organiques
- Dimension psychologique laissée à la charge d'autres institutions sociales et morales
- Appropriation médicale secondaire, fin 19^{ème}-début 20^{ème} – « Révolution sexuelle » dans les écrits médicaux
- « Démocratisation » du sexe
- Emergence du concept d'addiction au sexe

SEXUALITÉ NORMALE

➤ Selon l'OMS

➤ *« La santé sexuelle est l'intégration des aspects somatiques, affectifs, intellectuels et sociaux de l'être sexué de façon à parvenir à un enrichissement et à un épanouissement de la personnalité humaine, de la communication et de l'amour »*

BREF HISTORIQUE MÉDICAL...

- Sexualité est l'un des domaines où les composantes ordalique, moralisatrice, sociale pèsent de tout leur poids
 - Diverses « interdictions » par des lois religieuses
- Appropriation médicale du concept secondaire
- 2 disciplines se rencontrant rarement: l'urologie et la psychiatrie
 - Troubles érectiles, impuissance, priapisme...
 - Psychopathologie de la sexualité (*Psychopathia Sexualis*, Krafft Ebing)

L'INDUSTRIE DU SEXE : PRINCIPAL MOTEUR DES ADDICTIONS SEXUELLES

- **Nouvelles formes de gratification immédiate**
 - Nouvelles technologies, nouvelles formes de média
 - Exposition à des millions de nouvelles images et à de nouvelles expériences sexuelles

- **e-X business**
 - Bénéfices +++
 - Chiffre d'affaires de 4 milliards de dollars en 2006

- **Porn Valley** : zone industrielle spécialement dédiée au sexe

- **Sex** : terme très téléchargé quelque soit le moteur de recherche utilisé

SUPPORTS SEXUELS

- Revues pornographiques
- Films pornographiques (DVD, pay per view, sex shop...)
- Téléchargement (films, images pornographiques)
- Pornographie gratuite en ligne (pornhub, Tube8, extremetube...)
- Prostitué(e)s, escort girls, boys, strip-tease, peep-shows, clubs échangistes...
- Conversations téléphoniques, SMS, MMS, WebCam, chats érotiques

DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES

- Aucune donnée en France
- 3 à 6% de la population générale aux USA touchée par des comportements sexuels compulsifs (Kuzma et Black, 2008)
- 2 à 4% en Nouvelle Zélande (Skeg et al, 2009)
- Sex ratio : 3 hommes pour 1 femme (Carnes, 1998)

GROUPES ÉTUDIÉS (1)



FEMMES

- COMPULSIVITE
- Messageries, groupes et forum
- Domaine honteux
- Moins accès aux soins mais meilleure observance
- Expérimentation : moyen de libération sociale
- Recherche du lien



HOMOSEXUELS

- COMPULSIVITE
- Pornographie en ligne, MSN, Groupes
- Aide au coming out
- Rencontres fréquentes IRL → risque de transmission IST

GROUPES ÉTUDIÉS (2)



PERSONNES AGEES

- Internaute curieux aimant groupes
- Sexualité entravée par difficultés physiques et psychiques
- Lutte contre l'isolement



ADOLESCENTS

- Inquiétude sociale majeure
- Prises de risques : prostitutions, rencontres IRL, cibles pour pédophiles
- Blogs++, forum...régulation par tranche d'âge
- Quête narcissique, et identitaire, expérimentation



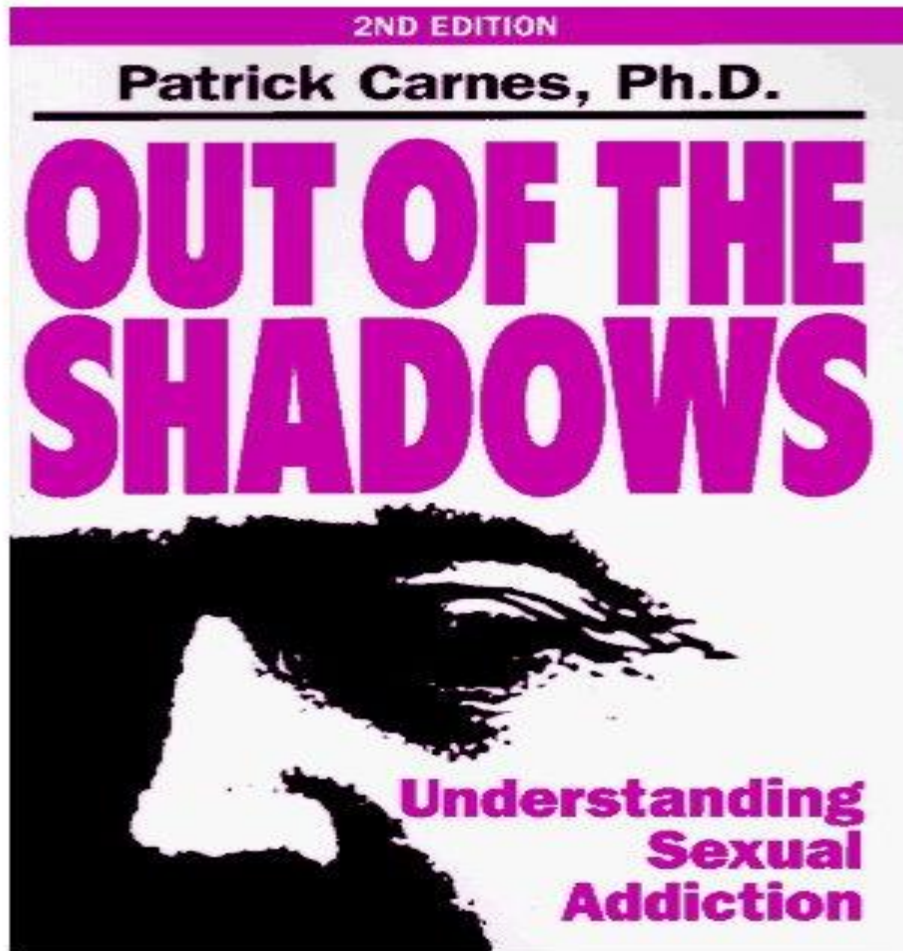
PASTEURS

- Cas clinique fictif
- Aucun intérêt scientifique
- Illustration du lobbying protestant américain sur le sujet du cybersexe

ET LES HOMMES ALORS ?

- Majorité des études ciblées sur traitements de l'addiction au sexe concernent ce groupe
 - Le plus « malmené » par les problématiques d'addiction au sexe?
- Une seule étude en 2011
 - 13% d'hommes internautes ISST+
 - Sex ratio : 80% hommes
 - Activités solitaires
- Poids moral et social non négligeable portant sur ces problématiques?

HISTORIQUE



Concept de dépendance sexuelle introduit pour la première fois dans les années 1970 à Boston par un membre des Alcooliques Anonymes (Al Anon)

Cette maladie a ensuite fait l'objet d'un ouvrage de Patrick Carnes en 1980

DIFFÉRENTS CONCEPTS

**COMPORTEMENT
SEXUEL EXCESSIF
(HYPERSEXUALITÉ)**

SEXUALITÉ COMPULSIVE

LIEN AVEC TOC

SEXUALITÉ IMPULSIVE

LIEN AVEC TCI

**ADDICTION SEXUELLE
NON PARAPHILIQUE**

CHEVAUCHEMENT DE CES CONCEPTS → CONFUSION

DIFFÉRENTS CONCEPTS

➤ ***Compulsion***

- Pas de réduction de l'anxiété comme classiquement après rituels de vérification, lavages.. (APA, 2000; Kafka, 2010; Stein, 2008)

➤ ***Trouble contrôle des impulsions*** également problématique

- Hyperphagie, hypersomnie → Non inclus dans TCI
- Terminologie qui va à l'encontre de la planification, comportements de recherche, fantasmes, comportements...observés chez les individus présentant des comportements sexuels excessifs

DIFFÉRENTS CONCEPTS

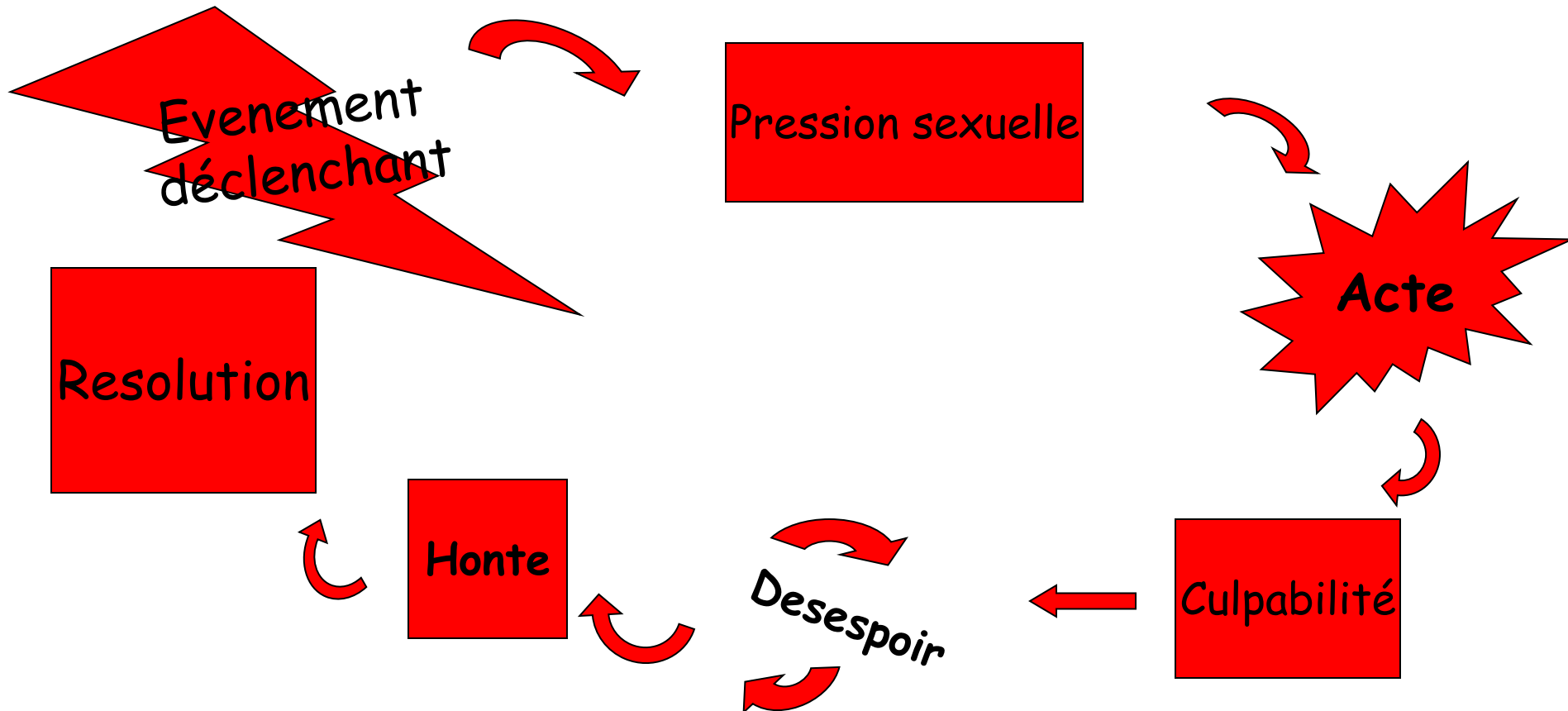
➤ **SIMILARITÉS ADDICTIONS COMPORTEMENTALES - ADDICTIONS AUX SPA** (Goodman, 2008)

- Dysrégulation affective
- Inhibition comportementale
- Recherche de récompense
- Perte de contrôle
- Poursuite du comportement malgré des conséquences négatives (familiales, conjugales ++)
- Processus psychodéveloppemental et physiopathologique

ADDICTION SEXUELLE

- L'addiction au sexe ne s'intéresserait pas à un type de pratique sexuelles en particulier. Elle correspond à un hyper investissement sans complète satisfaction ou complet plaisir (Reed et Blaine, 1988)
 - Phase d'obsession – En réponse à des difficultés existentielles, le sujet est absorbé par des préoccupations sexuelles
 - Phase de ritualisation – Exécution de rituels, précédant le comportement sexuel
 - Phase d'action – Agissement sexuel avec soulagement temporaire
 - Phase de désespoir – Sentiment d'impuissance à contrôler sa conduite
- Critères de dépendance sexuelle (A. Goodman, 1998)
 - Perte de contrôle et la poursuite du comportement pathologique malgré la connaissance de conséquences négatives pour l'individu

CYCLE CLINIQUE



SYMPTOMATOLOGIE CLINIQUE

- **Age moyen du trouble : 23.9 ± 8.6 ans** (Kafka et Hennen, 2003)
- **Consommation sexuelle excessive**
 - Plus de 7 orgasmes par semaine pendant au moins 6 mois à partir de l'âge de 15 ans (Kafka, 1997); Plus d'un orgasme par jour pendant un an ou plus (Laumann et al, 1994)
- **Perte contrôle** (Bancroft, 2009)
- **Répercussions financières** en lien avec avec une ou plusieurs activités en rapport avec le sexe
 - Jusqu'à 2000 euros par mois
 - Dépenses moyennes les plus importantes en pornographie par habitant : Corée du Sud, Japon, Finlande
- **« Perte de temps »** (Sbraga et O'Donohue, 2003), étude aux USA concernant la visite de sites web sexe
 - Entre 1 et 10h par semaine, 25M
 - Plus de 11h par semaine, 4,7M

SYMPTOMATOLOGIE CLINIQUE

- Vie sexuelle toujours dissociée de l'amour
- Sentiment d'insatisfaction permanente, laissent souvent leur(s) partenaire(s) une fois le ou les rapports finis
- Pensées obsessionnelles autour de la sexualité et des rencontres sexuelles, « filtre » sexuel
- Rationalisation, justifiant les comportements sexuels
- Troubles cognitifs avec difficultés de concentration dans les activités quotidiennes
- Mise en péril de leur travail, leur couple ou leur famille
- Conduites à risque – Haut risque de contracter une IST

AUTRES SYMPTÔMES ASSOCIÉS

- Faible estime de soi
- Culpabilité, ennui, isolement, hostilité
- Anhédonie
- Perte de contrôle dans différents aspects de la vie
- Désir de diminuer ou de supprimer des expériences émotionnelles déplaisantes
- Indifférence quant à l'utilisation de partenaires sexuels
- Préférence pour le sexe anonyme

DIFFÉRENTES FORMES CLINIQUES

- **Séduction compulsive** avec recherche de partenaires multiples
- **Fixation compulsive** généralement orientée sur un partenaire inatteignable
- **Masturbation compulsive** (à raison de 5 à 15 actes par jour)
 - Autostimulation compulsive et obsessionnelle. Fin de l'acte davantage lié à la fatigue ou aux séquelles physiques plutôt qu'à la satisfaction sexuelle
- Utilisation compulsive de supports érotiques
- **Cybersexe**
 - Usage compulsif d'internet dans le but de rechercher une gratification sexuelle immédiate.
 - Hommes recherchent davantage matériel sexuellement explicite dans le but d'une masturbation
 - Femmes recherchent des interactions via le chat ou les réseaux sociaux

CYBERSEXE

Objectif principal : cybersexe et l'addiction au cybersexe = concepts à part entière ?

Cybersexe



- Pornographie en ligne
- Cyber rencontres (chat/forum)
- Pages personnelles (Blog)
- Messagerie
- Systèmes de réalité virtuelle (Avatar)

Addiction au cybersexe



Addiction comportementale sans substance : addiction au sexe/addiction à Internet

UNE NOSOGRAPHIE FLOUE

Usagers pathologiques dits « à problème »

- 9.2 % (Cooper, 1998)
- **5% femmes et 13% d'hommes ISST+** (Ross, 2011)
- 11h/semaine

Usagers compulsifs

- **1% à 17% SCS+** selon les études (Cooper et al., 2000)
- Femmes, homosexuels et célibataires
- 12.1h/semaine

Usagers dépendants

- 10% OSA/dépendance+ (Cooper et al., 1999)
- **2%** (Albright, 2008)
- 11h/semaine

DIAGNOSTICS DIFFÉRENTIELS: PERVERSIONS SEXUELLES

- Différentes des addictions
- Encore appelées **paraphilies**
- Perversion : associée à la notion de comportement et de jugement moral
- « Psychopathia Sexualis » (Krafft-Ebing, 1886)
 - évoque l'acte sexuel comme une propagation de l'espèce et les déviations sexuelles qui vont à l'encontre de cet acte
 - 4 catégories :
 - *paradoxia* ou libido intempestive chez le jeune enfant ou la personne âgée
 - *anesthesia* ou absence de libido
 - *hyperesthesia* ou libido exacerbée
 - *paraesthesia* où se retrouvent le fétichisme, le sadisme, le masochisme, la pédérastie (attirance sexuelle d'un homme pour un adolescent ou un préadolescent)...et l'homosexuel

PERVERSIONS SEXUELLES

- Fantaisies imaginatives sexuellement excitantes
- Impulsions sexuelles ou comportements
- Survenant de façon répétée et intense
- S'étendant sur une période de plus de 6 mois
- A l'origine d'un désarroi cliniquement significatif ou d'une altération des fonctionnements social, professionnel ou autres domaines importants
- **Ces excitations sont considérées socialement comme « anormales ou déviantes »**

PERVERSIONS SEXUELLES

- Voyeurisme
- Exhibitionnisme
- Fétichisme
- Frotteurisme
- Transvestisme fétichiste
- Pédophilie : recherche d'emblée l'utilisation de supports mineurs
- Homosexualité retirée des paraphilies par l'OMS en 1981...

DIAGNOSTICS DIFFÉRENTIELS

➤ **Troubles sexuels et de l'identité sexuelle**

➤ Troubles sexuels non spécifiés caractérisés

➤ « Désarroi provenant de relations sexuelles répétitives impliquant une succession de partenaires sexuelles que l'individu ne perçoit que comme des objets dont il se sert »

➤ **Troubles du contrôle des impulsions non spécifiés**

➤ Difficulté de résister à une impulsion, une pulsion ou une tentation alors que le passage à l'acte est nuisible à l'individu ou à son entourage

➤ Sentiment d'excitation et de plaisir avant l'acte, satisfaction ou détente à l'accomplissement de l'acte

DIAGNOSTICS DIFFÉRENTIELS

- **Troubles de la personnalité de type borderline**
 - Sexualité compulsive
- **Phase maniaque ou hypomaniaque du trouble bipolaire**
 - Sexualité désorganisée et excessive
- **Troubles envahissants du développement**
 - Sexualité archaïque
- **Etats de stress post-traumatiques**
 - Sexualité d'évitement

VERS UN NOUVEAU DIAGNOSTIC ?

HYPERSEXUALITE

Approche dimensionnelle plus large
→ Intérêt épidémiologique

Rapprochement de la définition de l'addiction au sexe

Diagnostic plus acceptable socialement : quid de la souffrance ?

DSM-V - HYPERSEXUALITÉ

➤ Terminologie

- Addiction sexuelle
- Variante des troubles du contrôle des impulsions
- Comportements sexuels compulsifs

➤ Dénomination « neutre »

- ...addictive, compulsive, impulsive → Référence à d'autres troubles du DSM-IV

DSM-V - HYPERSEXUALITÉ

- Associe l'existence de fantasmes, de pulsions ou de comportements sexuels répétés et intenses, s'étendant sur une période d'au moins 6 mois et possédant au moins 4 critères sur les 5 suivants:
 - Une **grande partie du temps** est utilisée par les fantasmes ou pulsions et par la planification et l'accomplissement d'une activité sexuelle
 - Se livrer à des fantasmes, pulsions, actes sexuels en réponse à une humeur dysphorique (exemple: irritabilité, dépression, anxiété, ennui)
 - Se livrer **répétitivement** à des fantasmes, pulsions, actes sexuels en réponse à des événements de vie stressants
 - **Efforts répétés mais infructueux de contrôler ou réduire** de façon significative des fantasmes, pulsions ou comportements sexuels
 - S'adonner répétitivement à des activités sexuelles **en ne tenant pas compte du risque de préjudice physique ou affectif pour soi ou pour autrui**

DSM-V - HYPERSEXUALITÉ

- Symptômes associés à une détresse personnelle significative dans un ou plusieurs domaines de vie selon la fréquence et l'intensité des fantasmes ou pulsions en jeu
- Vastes types de comportements sexuels en cause: masturbation, cybersexe, téléphone rose, sexualité entre adultes consentants...
- Se différencie de la paraphilie puisqu'elle concerne des comportements dits « normaux » du point de vue de la société

ADDICTION SEXUELLE OU HYPERSEXUALITÉ

➤ ADDICTION

- Nombreux points communs avec addictions aux SPA
- Terme « hyper » utilisé, mésusé, vague, stigmatisant
- Tolérance et sevrage, Processus central des addictions
- *Pas de validation dans les comportements sexuels excessifs autrement que dans une littérature purement descriptive (Kafka, 2010)*

➤ « Hyper »

- Hypersexualité pas seulement une « upregulation » du désir sexuel
- Mais perte de contrôle, renforcement comportemental au travers de la récompense, dysrégulation affective, troubles des fonctions cognitives et exécutives
- *Terme non représentatif du vécu des sujets souffrant de ce comportement*

COMORBIDITÉS PSYCHIATRIQUES

- Fréquence importantes de comorbidités psychiatriques
- Facteur d'aggravation et de sévérité des comportements hypersexuels (Kafka et al, 1998)
- **Troubles de l'humeur, troubles anxieux, épisodes dépressifs**
 - Prévalence importante
 - Dans 15 à 25% des cas associées à une prise de risque sexuel et à une perte de contrôle importantes (Bancroft et al, 2003)
- **Phobie sociale** (Mick et Hollander, 2006)
- **Trouble déficitaire de l'attention / hyperactivité** (Kafka et al 2002)

TABLE 2.**Lifetime Rates of Comorbid Axis I Disorders; Hours per Day Spent on Sexual Behavior, Thoughts, or Urges; and Main Form of Sexual Activity in Individuals with Impulsive-Compulsive Sexual Behavior**

<i>Authors (Year)</i>	<i>Group</i>	<i>Lifetime Axis I Comorbidity</i>	<i>Time/Day</i>	<i>Main Sexual Activity</i>
Kafka and Prentky (1994) ¹⁷	26 men referred for treatment of PRD	80.8% any mood disorder 61.5% dysthymia 46.2% any anxiety disorder 46.2% social phobia 46.2% any substance abuse	Not given	84.6% masturbation 80.8% multiple sexual partners/compulsive seeking of sex partners 73% pornography
Kafka and Prentky (1998) ¹⁸	18 men referred for treatment of PRD	66.7% any mood disorder 61.1% dysthymia 42.9% any anxiety disorder 22.2% social phobia 38.9% any substance abuse 16.7% impulsivity NOS	Not given	72.2% promiscuity 72.2% masturbation 61.1% pornography
Kafka and Hennen (2002, 2003) ^{16,19}	32 men referred for treatment of PRD	71.8% any mood disorder 68.7% dysthymia 37.5% any anxiety disorder 25% social phobia 25% any substance abuse 15.6% impulsivity NOS 18.7% ADHD	(unconventional sexual behavior) 15–30 minutes/day spent in sexual behavior that involved mutual consent, in a relational context (conventional sexual behavior)	72.5% compulsive masturbation 47.5% pornography 44% multiple sexual partners
Black et al (1997) ²⁰	28 men, 8 women answering newspaper advertisement for study on "compulsive sexual behavior"	39% any mood disorder 42% social phobia 64% any substance abuse	Not given	22% multiple sexual partners/compulsive seeking of sex partners 17% compulsive masturbation
Raymond et al (2003) ²¹	21 men, 2 women answering an advertisement for a study on "compulsive or addictive sexual behavior"	33% any mood disorder 42% any anxiety disorder 71% any substance abuse	80% \leq 60 minutes/day thinking about sex 72% \leq 60 minutes with urges/day	82% multiple sexual partners/compulsive seeking of sex partners 52% compulsive masturbation

PRD=personality disorder; NOS=not otherwise specified; ADHD=attention-deficit/hyperactivity disorder.

COMORBIDITÉS SOMATIQUES

- Principalement infections sexuellement transmissibles
 - Bactériennes: syphilis, gonocoque, chlamydiae, mycoplasme
 - Virales: VIH, VHB, VHC
 - Parasitaires: Trichomonas
- Affections dermatologiques

COMORBIDITÉS ADDICTIVES

- 42% - Alcoolodépendance ou consommation excessive de psychotropes
- 38% - Troubles du comportement alimentaire
- 28% - Addiction au travail
- 5% - Jeu pathologique
- 26% - Achats compulsifs
- 87% - ATCD familiaux de conduites addictives (alcoolodépendance, toxicomanie ++)

COMORBIDITÉS ADDICTIVES

- ➔ Etude menée sur un faible échantillon de cyberdépendants (36) par Black et al (1997)

Comorbidités	%
Achats compulsifs	19%
Alcoolodépendance	14%
Addiction sexuelle	10%
Jeu pathologique	10%
Toxicomanie	5%
Dépendance à l'exercice physique	1,5%

CO-ADDICTIONS

- Abus ou dépendance à des substances psychoactives ++
- Cocaïne, alcool, cannabis, GBL, poppers, Viagra...
- Consommation excessive de ces produits dans les clubs échangistes, les backrooms....

TABEAU I

Différentes dénominations de l'acide gamma-hydroxy-butyrique (GHB), gamma-butyrolactone (GBL) et 1,4-butanediol (1,4BD)

GHB	GBL	1,4BD
<i>Ecstasy liquide</i>	<i>Blue nitro</i>	
<i>Liquid E</i>	<i>Midnight blue</i>	<i>Renewtrient</i>
<i>Easy lay</i>	<i>Alloy cleaner</i>	<i>Somatopro</i>
<i>G (dji), GHB</i>	<i>Wheel cleaner</i>	<i>Serenity</i>
<i>Scoop</i>	<i>Cleaner</i>	<i>Enliven...</i>
<i>Liquid X</i>	<i>Magic stripper...</i>	
<i>Fantasy</i>		
<i>Cherry meth...</i>		

EFFETS CLINIQUES

- Dose et individu dépendants
- Début 15 minutes après la prise
- Durée des effets : 3 à 4 heures
- Doses « festives »
 - varient de 0,5 à 5 grammes
 - Intervalles : 1 à 3 heures
 - Fêtes privées ou publiques

EFFETS POSITIFS

- Euphorie
- Desinhibition
- Aphrodisiaque (envie, désir sexuel ; intensifie l'acte sexuel ; qualité de l'orgasme)
- Altération du niveau de conscience,
- perte de contrôle ;
- Relaxation, sommeil ;
- Amélioration des effets négatifs des autres drogues psychostimulantes
- Absence de phénomène de « descente » si le produit est consommé isolément

EFFETS NÉGATIFS

Nausées, vomissements

Sensation ébrieuse

Troubles du cours de la pensée

Difficultés d'élocution, dysarthrie

Incapacité à prendre des décisions

Hyperthermie

Effets mal vécus mais acceptés par les usagers

COMPLICATIONS

- Overdose (G-hole) (Galloway et al. 1997)
- Etats psychotiques aigus, délires paranoïaques, troubles dépressifs (Britt and McCance-Katz 2005)
- Troubles cognitifs (Couper and Logan 2001)
- Soumission chimique (Villain et al. 2002)
- Altérations des performances sexuelles
- HTA, troubles métaboliques, respiratoires (Nicholson and Balster 2001)
- Augmentation du risque d'IST (Carey et al. 2008)
- Abus et dépendance (Castelli 2008)

KÉTAMINE : CLINIQUE ET COMPLICATIONS

- Dépersonnalisation, déréalisation, expériences de mort clinique, flashback, anxiolytique, désinhibition
- Dose et individus dépendants, durent entre 4 et 6 heures.
- Complications :
 - **K hole**
 - dépression respiratoire
 - attaques de panique
 - troubles du comportement
 - surdosage (arrêt cardiaque brutal, convulsions voire une mort subite)



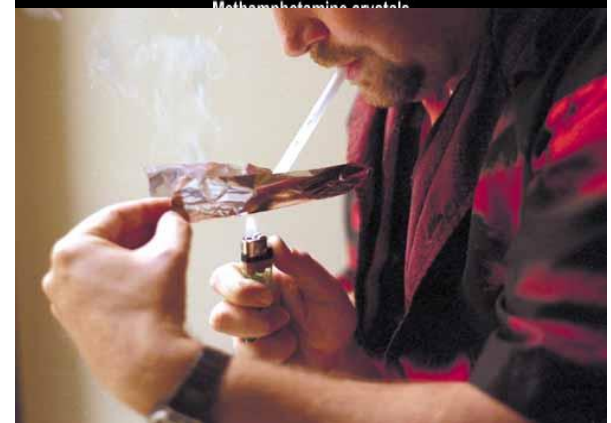
METH, CRYSTAL METH, ICE, CRANK

- Drogue de synthèse
 - amphétaminique
 - hallucinogène
 - effets extrêmement puissants, inodore et sans saveur
 - forme cristallisée ou poudre

- Demie vie longue
 - 9 à 12 heures, quelque soit la voie d'administration



Methamphetamine crystals



Cruickshank et al, 2009

EFFETS CLINIQUES AIGUS

Plus puissants que ceux du crack

- Symptômes de type maniaque, binge sexuel
- Signes neurovégétatifs
- Anxiété, dysphorie, idées suicidaires
- Symptômes psychotiques de type hallucinatoire, *speed bugs*
- Effet d'éveil prolongé (3-4 jours sans besoin de sommeil)
- Troubles du comportement
- Overdose

MEPHEDRONE

- Dérive de la cathinone (Khat) (4-methylephedrone, 4-Methylmethcathinone)
 - Considérée par les usagers comme une alternative légale à la cocaïne, à l'ecstasy et aux amphétamines
 - vendue légalement de différentes façons sur Internet
- Effets psychotropes aigus ecstasy ou cocaïne like
- durée de 2 à 5 heures (individus et dose dépendants)
- Complications psychiatriques, cognitives et somatiques
- Décès en Suède et au Royaume Uni



POPPERS



- Vasodilatateur
- Liquide très volatil
- Consommé par voie intranasale à partir d'une bouteille (8-15 ml)
- Effets stimulants immédiats durant 30 secondes à 2 minutes
 - euphorie, désinhibition avec sensation de vive chaleur interne exacerbée
- Utilisé pour faciliter les rapports sexuels

POPPERS

- Association fréquente des poppers à certains médicaments favorisant l'érection (risque cardiovasculaire)
- Dommages
 - Absence de protection durant les rapports sexuels
 - Erythème, céphalées, hypertension intraoculaire, cyanose, tachycardie
 - Dysfonctionnements érectiles



2 CB (2,5-DIMETHOXY-4-BROMO-PHENYLETHYLAMINE)

- Hallucinations visuelles colorées, sensations psychédéliques, distorsions des formes et surfaces
- Propriétés aphrodisiaques très puissantes (stimulation, désir et performances sexuelles)
- Durée des effets : 3 à 6 heures
- Potentiel addictif faible



Fcstasy

EFFETS PSYCHOTROPES

- Drogue stimulante empathogène
- Effet apparaissent dans les 30 minutes après l'usage
- Durée des effets : 3 à 6 heures
 - Amélioration subjective de la communication
 - Désinhibition, sensation de bien être
 - Augmentation de l'estime de soi
 - Diminution de la perception de la fatigue
 - Modifications de la perception visuelle
- Potentiel addictif (Bruno et al, 2009)

USAGE AIGU

USAGE CHRONIQUE

- Syndrome confusionnel
 - Risque de convulsions
 - **Syndrome hyperthermie - rhabdomyolyse (risque de décès +++)**
 - **CIVD**
 - **Hépatite fulminante**
 - **Episode psychotique aigu +++ (hallucinatoire)**
- Hépatite
 - Etat délirant
 - Trouble de l'humeur
 - Flashback (réversible mais possiblement durable)
 - Troubles cognitifs
 - Sécheresse buccale
 - Bruxisme
 - Caries dentaires

FLATLINERS - 4-MTA (4-METHYLTHIOAMPHETAMINE), S5, FIVE POINT STAR

- Stimulant dérivé des amphétamines
 - Début tardif des effets cliniques
 - Durée jusqu'à 12 heures
 - pas d'hallucinations, sensation de calme, pas d'euphorie
- Syndrome sérotoninergique possible
- Complications psychiatriques : épisode dépressif, attaques de panique, effet « parano », tableau délirant aigu
- Cas rapportés d'overdoses mortelles

EVALUATION CLINIQUE

➤ **EVALUATION GLOBALE, BIO-PSYCHO-SOCIALE**

- ATCD personnels (psychiatriques, addictologiques) / familiaux
- ATCD d'abus physique, sexuel, émotionnel
- Relations familiales, sociales
- Situation sociale
- ATCD Judiciaires

➤ **17 OUTILS D'ÉVALUATION RÉPERTORIÉS** (Hook et al, 2010) évaluant 3 dimensions

- Symptômes objectifs: Données quantifiables (nb d'orgasmes/j, temps passé)
- Symptômes subjectifs: Perception que le sujet a de ses symptômes
- CSQ: Sphère familiales, professionnelle, état de santé

**General
Psychiatric
Assessment**



Indicators of Possible Sex/Substance Addiction

History of dysfunctional family-of-origin
History of STDs, other medical problems
History of abuse (physical, sexual, emotional)
Past or present substance use/abuse
Legal problems (sexual harassment allegations)

History of trauma
Social/occupational problems
Relationship difficulties

Specific Indicators of Sexual /Substance Addiction

1. Out of control behavior
2. Severe consequences
3. Persistent pursuit of sexual behavior or drug use
4. Ongoing desire to limit sexual behavior/substance use
5. Sexual fantasy/ obsession or substance is primary coping strategy
6. Inability to stop behavior or use despite consequences
7. Seek increasing amounts (tolerance) of sexual experience or drug
8. Severe mood changes around sexual activity or drug use
9. Inordinate amounts of time spent in obtaining sexual experience or drug
10. Sacrifice of social/occupational/recreational activities because of drug or sexual behavior

**Specific tools for Assessing
Sex Addiction**

SAST → **Basic
Assessment**

W-SAST → Women,
Homosexual, or
G-SAST → Bisexual Men

SDI-R → **Confirm &
Categorize**



SAST : SEXUAL ADDICTION SCREENING TEST (CARNES, 1989)

Test de dépistage de l'addiction sexuelle, (TDAS - Carnes)³¹

1. A-t-on abusé de vous sexuellement, pendant l'enfance et l'adolescence ?
2. Êtes-vous abonné(e) ou achetez-vous régulièrement des revues érotiques (Playboy ou Penthouse) ?
3. Vos parents ont-ils eu des problèmes sexuels ?
4. Êtes-vous souvent préoccupé(e) par des pensées sexuelles ?
5. Avez-vous le sentiment que votre comportement sexuel n'est pas normal ?
6. Est-ce que votre conjoint(e) s'inquiète ou se plaint de votre comportement sexuel ?
7. Avez-vous du mal à arrêter votre conduite sexuelle, lorsque vous savez qu'elle est inappropriée ?
8. Vous sentez-vous mal à l'aise vis-à-vis de votre comportement sexuel ?
9. Est-ce que votre comportement sexuel a causé des problèmes pour vous-même ou votre famille ?
10. Avez-vous cherché assistance pour un comportement sexuel que vous n'aimiez pas ?
11. Avez-vous eu peur que les gens apprennent votre conduite sexuelle ?
12. Avez-vous fait du mal aux autres émotionnellement par votre conduite sexuelle ?
13. Certaines de vos activités sexuelles sont-elles hors la loi ?
14. Vous êtes-vous promis à vous-même de cesser certains comportements sexuels ?
15. Avez-vous fait des efforts pour renoncer à certains comportements sexuels sans y réussir ?
16. Devez-vous cacher certains de vos comportements sexuels ?
17. Avez-vous essayé de cesser certains comportements sexuels ?
18. Pensez-vous que certains de vos comportements sexuels ont été dégradants ?
19. Le sexe a-t-il été pour vous une manière d'échapper à vos problèmes ?
20. Êtes-vous déprimé(e) après un rapport sexuel ?
21. Avez-vous senti le besoin de cesser certaines formes d'activité sexuelles ?
22. Est-ce que vos activités sexuelles ont perturbé votre vie familiale ?
23. Avez-vous eu des rapports sexuels avec des mineurs ?
24. Vous sentez-vous dominé(e) par vos désirs sexuels ?
25. Pensez-vous que vos désirs sexuels sont plus forts que vous ?

13 réponses positives ou plus suggèrent fortement une addiction sexuelle.

APPROCHE THÉRAPEUTIQUE

➤ OBJECTIFS

- Abstinence ?
- Acquisition d'un nouveau répertoire social
- Combinaisons thérapeutiques
- Traitement des comorbidités psychiatriques

PAS DE TRAITEMENT PHARMACOLOGIQUE VALIDÉ

- **Antidépresseurs sérotoninergiques** (Kafka et al, 1992; Stein et al; Gray et al, 2009)
- **Topiramate**
 - 2 études de cas (Fong et al, 2005; Khazaal et Zullino, 2006)
- **Naltrexone**
 - Administration conjointe d'un IRS (sertraline) + Naltrexone
 - But: Supprimer « l'euphorie de l'usage compulsif »
 - Effet sur la compulsion à la consultation de sites pornographiques (Bostwick et al, 2008)
 - Réduction excitation, masturbations et fantasmes sexuels à la posologie de 100 à 200 mg/j chez des adolescents arrêtés pour crimes sexuels (Ryback, 2004)
- **Triptoreline**
 - 2 études ouvertes avec triptoreline (Rosler et Witzum, 1998 ; Safarinejad, 2009)

APPROCHE THÉRAPEUTIQUE

- PSYCHOTHÉRAPIES, principalement études de cas (Mick et Hollander, 2006)
 - Thérapies cognitives et comportementales
 - Prévention de rechute
 - Psychothérapies d'inspiration analytique
 - Thérapies de couple

- MODÈLE 12 ÉTAPES (« TWELVE STEP FACILITATION »)
 - DASA (Dépendants Affectifs et Sexuels Anonymes)
 - Groupe d'entraide d'inspiration spirituel selon le modèle des Alcooliques Anonymes

PSYCHOTHÉRAPIES COGNITIVES ET COMPORTEMENTALES

- Abord classique: Intervention en 2 temps
 - Intervention de crise
 - Réduction du temps d'accès à internet
 - Travail psychothérapeutique motivationnel (patient souvent amené par son entourage)
 - Rupture avec rituels d'utilisation, incluant une mobilisation de l'entourage ou des intervenants de soins, afin d'adresser un message concernant l'isolement social, les dommages collatéraux, de prévention de santé sexuelle...
- Thérapie individuelle cognitive: Thérapie de l'acceptation et du changement (ACT, Acceptance and Commitment Therapy)
 - Focalisation sur les processus à l'origine de ce comportement
 - Scrupulosité, rigidité psychologique, besoin de contrôle des pensées et fusion des actions-pensées dans le domaine de la morale
 - Réduction de 83% à 3 mois de la consommation de cyberpornographie
 - Effectifs faibles

MODÈLE INTÉGRATIF *ARISE*

A RELATIONNAL INTERVENTION SEQUENCE FOR ENGAGEMENT

- « Intervention invitationnelle » utilisée dans les addictions aux SPA résistantes aux traitements classiques, appliquée au Cybersexe par Landau, Garrett et Webb en 2008
- Intégration d'un contenant systémique à un contenu cognitif
- Trois phases
 - *Phase A*: ouvrir un espace de soins à l'utilisateur pathologique
 - *Phase B*: « Soutenir la personne aimée à travers le traitement et jusqu'à la guérison »
 - *Phase C*: « Vivre dans la guérison »

MODÈLE INTÉGRATIF *ARISE* A RELATIONNAL INTERVENTION SEQUENCE FOR ENGAGEMENT

- Phase A: Ouvrir un espace de soin à travers l'action aimante, empathique et non-culpabilisante d'un 1^{er} appel et d'une 1^{ère} rencontre. Puis, le système de soutien est mobilisé pour former un réseau d'intervention engagé dans les soins et motivant le patient à suivre le traitement
 - 1^{er} niveau: « Premier appel téléphonique » passé par un proche auprès d'un thérapeute formé. « Coaching » de l'appelant dans le but d'une 1^{ère} rencontre
 - Grille d'analyse: ATCD personnels, familiaux / organisation familiale / tentatives de soins / conséquences des conduites
 - Indications sur manière de mener l'entretien
 - Etablissement en détails de la stratégie future
 - 2^{ème} niveau: « La force par le nombre ». Intervention groupale d'au moins 3 personnes de l'entourage (80% des patients intègrent les soins après les 2 premiers niveaux)
 - 3^{ème} niveau: « L'intervention *ARISE* formelle ». Intervention du réseau afin de faire figurer les graves conséquences si la personne ne consulte pas (83% consultent à ce niveau)

MODÈLE INTÉGRATIF *ARISE*

A RELATIONNAL INTERVENTION SEQUENCE FOR ENGAGEMENT

- Phase B: « Soutenir la personne aimée à travers le traitement et jusqu'à la guérison »
 - Dès que la personne dépendante intègre les soins
 - Durée d'au moins 6 mois
 - Travail conjoint du thérapeute avec le patient et son entourage

- Phase C: « Vivre dans la guérison »
 - Prévention de la rechute et entamer une guérison à long terme
 - S'assurer du bon déroulement de la vie professionnelle, sociale, familiale et affective, amélioration de la qualité de vie

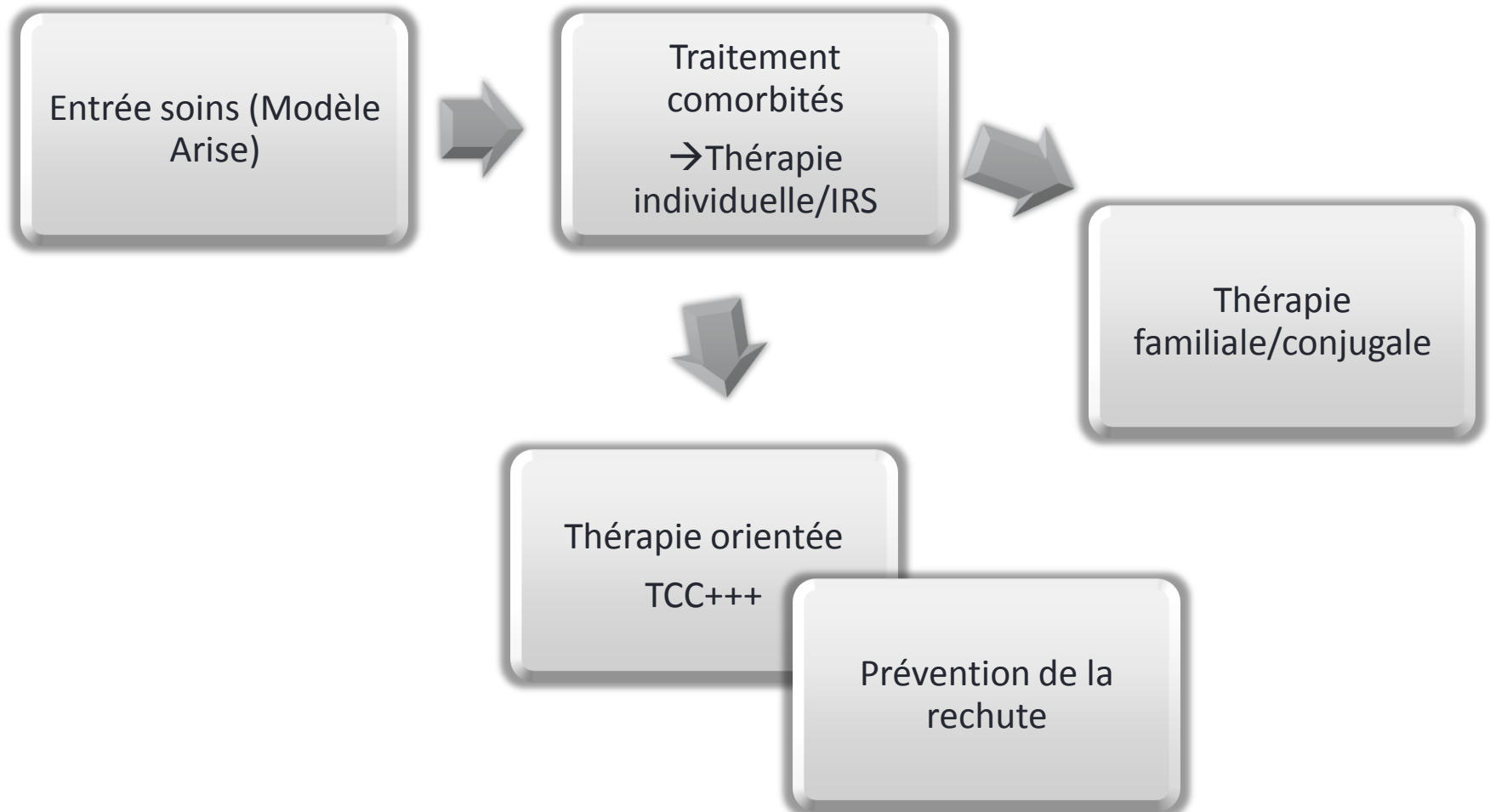
AUTRES PSYCHOTHÉRAPIES

- Psychothérapies d'inspiration analytique non évaluées

- Thérapies par un sexologue (Cordonnier, 2009)
 - Travailler la demande d'aide, demande fréquente des partenaires
 - « Changer les rituels du couple »
 - Augmenter ou recréer l'intimité du couple en ajoutant à la dynamique un tiers thérapeute pour trianguler la relation

- Thérapies systémiques, familiales ou conjugales (Goldberg et al, 2008; Hertlein et Percy, 2006)
 - Réduction des facteurs de vulnérabilité du couple
 - Emergence des difficultés dans un cadre sécurisé
 - Conséquences personnelles et relationnelles de l'addiction au sexe

TRAITEMENTS



CONCLUSION

- Grande hétérogénéité des études
- Difficultés à déterminer
 - Intrinsèquement normal
 - Médicalement pathologique
- Nécessité d'approfondir recherche, multiplication d'études
REPRODUCTIBLES
- Recherche implique un cadre nosographique précis
 - Hypersexualité → Recrutement plus homogène ?
- Clinique complexe
 - Comorbidités addictives / psychiatriques fréquentes
 - PEC globale +++