

Les dépendances et compulsions sexuelles

Dr. Marc Ravart, M.A., Ph.D.
psychologue et sexologue clinicien

**Membre senior, Unité de la sexualité humaine,
Hôpital général de Montréal**

marc.ravart@mail.mcgill.ca

Les dépendances et compulsions sexuelles (D-CS)

Objectifs de la présentation

- 1. Compréhension clinique et diagnostic des troubles D-CS ;**
- 2. Les manifestations de cette problématique ;**

Objectifs de la conférence (Suite)

- 3. L'étiologie des troubles D-CS et les facteurs qui maintiennent la problématique ;**
- 4. D-CS dans les cas de paraphilies, de délits sexuels, et d'inconduites sexuelles professionnelles ;**
- 5. Évaluation et traitement pharmacologique, psychologique, sexologique et conjugal des troubles D-CS.**

Dr. Patrick Carnes, PhD

“Sexual addiction” ou “Dépendance sexuelle”

- **Conduites sexuelles excessives représentent une maladie progressive gérée par des besoins et désirs sexuels exagérés, destructeurs et insatiables**
- **Dépendance et compulsion sexuelles conceptualisées comme un trouble d’abus d’alcool, de drogue, de nourriture, de jeu pathologique**

Dr. Martin Kafka, MD
“Trouble sexuel non paraphilique”

- **Conduites sexuelles excessives associées au spectrum des troubles anxieux et de l’humeur**
- **Dépendance et compulsion sexuelles conceptualisées comme un trouble du contrôle des impulsions sexuelles**

Dr. Eli Coleman, PhD
“Compulsion sexuelle”

- **Conduites sexuelles excessives associées à un trouble obsessionnel-compulsif sous-jacent, des problèmes affectifs et à des mécanismes qui régularisent l’anxiété**
- **Dépendance et compulsion sexuelles conceptualisées comme un trouble d’hypersexualité, type obsessionnel-compulsif**

Qu'est-ce qu'un désir sexuel normal ?

- **En général, une forme d'appétit sexuel existe chez toute personne, indépendamment de son origine culturelle.**
- **L'appétit, l'impulsion, la motivation ou le désir sexuel se manifeste durant l'enfance par des jeux sexuels exploratoires et la masturbation.**
- **À l'adolescence et à travers l'âge adulte, le désir se manifeste à travers le développement des sentiments érotiques, des fantasmes sexuels, des activités masturbatoires et d'autres comportements et expériences sexuelles correspondant à l'âge de la personne.**

Qu'est-ce qu'un désir sexuel normal ? (Suite)

- **Le désir sexuel change en intensité avec l'âge et évolue différemment selon le sexe de la personne.**
- **Une dimension fondamentale du désir sexuel correspond à l'utilisation de fantasmes sexuels.**
- **Les fantasmes sont hautement personnalisés et se manifestent sous forme de scénarios sexuels détaillés, d'images ou de pensées.**

Qu'est-ce qu'un désir sexuel normal ? (Suite)

- **Les fantasmes nourrissent le désir et peuvent être une source importante de stimulation sexuelle.**
- **Les fantasmes contribuent à maintenir l'intérêt sexuel et à activer les activités sexuelles dans le couple.**
- **Leur utilisation durant les préliminaires et l'acte sexuel augmente l'excitation sexuelle, le potentiel orgasmique et la satisfaction sexuelle en général.**
- **Les statistiques populaires sur la fréquence "désirée" des activités sexuelles = 2 à 3 fois par semaine.**

Compréhension clinique des troubles D-CS

- **Comportements sexuels socialement acceptables, mais excessifs (en termes de fréquence et d'intensité), présentant des caractéristiques obsessionnelles-compulsives.**
- **Incapacité d'arrêter, malgré les conséquences négatives ou potentiellement négatives.**
- **Le trouble représente une source de détresse significative et nuit au fonctionnement psychologique, social et professionnel d'une personne et à sa capacité d'établir et/ou maintenir un lien affectif-intime sain avec autrui.**

Paraphilies

- **Mode sexuel déviant préférentiel où la personne se sent régulièrement, ou de façon épisodique, compulsivement attirée par, et fixée sur, un comportement peu commun, non socialement acceptable (p.ex., pédophilie, exhibitionnisme, voyeurisme) ou toléré dans certains cas (p.ex., sadomasochisme, fétichisme), dans la réalité ou en fantasme.**
- **Chez certaines personnes, le fantasme et/ou le comportement sont obligatoires pour faciliter la création et le maintien d'une excitation sexuelle et l'atteinte de l'orgasme.**

Caractéristiques principales des troubles D-CS

- **Processus de dépendance sexuelle comportant une perte du contrôle des impulsions et un besoin obsessionnel-compulsif d'agir, et ce, malgré les conséquences potentiellement négatives.**
- **Abus d'alcool et de substances peut désinhiber et activer des comportements sexuels compulsifs, excessifs et destructeurs, voire déviants.**

Caractéristiques principales des troubles D-CS (Suite)

- **Comportement typiquement suivi de mauvais sentiments (culpabilité, honte, humeur dépressive) associés à l'impuissance de se contrôler et au secret d'une double vie.**
- **La D-CS peut normaliser et renforcer des comportements sexuels marginaux et déviants**

Typologie des troubles D-CS

Comportements sexuels problématiques

- **Masturbation compulsive**
- **Demandes sexuelles excessives envers le partenaire**
- **Utilisation excessive de la pornographie**
- **Fantasmes sexuels intrusifs et obsessifs**
- **Utilisation excessive des services sexuels**

Comportements sexuels problématiques (Suite)

- **Cybersexe sur l'Internet**
- **Liaisons sexuelles anonymes**
- **Aventures et liaisons sexuelles répétitives**
- **Inconduites sexuelles professionnelles**
- **Délits sexuels**

Diagnostiques au DSM-IV pouvant être utilisés pour décrire un trouble D-CS

- **Trouble sexuel non spécifié, type compulsion sexuelle**
- **Trouble sexuel non spécifié, type compulsion sexuelle, induit par l'abus d'une substance**
- **Trouble du contrôle des impulsions non spécifié, lié aux impulsions sexuelles, type non paraphilique**
- **Paraphilie non spécifiée**

Trouble D-CS conceptualisé comme une addiction sexuelle

- **Trajet destructeur progressif et chronique**
- **L'excitation optimale et l'effet euphorisant deviennent de plus en plus recherchés, comportant des intérêts et comportements sexuels plus extrêmes et souvent des risques plus élevés**

Trouble D-CS conceptualisé comme un trouble obsessionnel-compulsif et du contrôle des impulsions sexuelles

- **Incapacité à résister à des obsessions et impulsions récurrentes et persistantes qui sont dommageables pour le sujet ;**
- **Sensation croissante de tension juste avant de commettre le comportement ;**
- **Plaisir, gratification ou soulagement au moment de commettre le comportement.**

Trois niveaux de troubles D-CS

Niveau 1

Comportements sexuels excessifs, mais socialement acceptables et tolérés

Niveau 2

Comportements sexuels excessifs comportant des victimes, sans contact ni violence

Niveau 3

Comportements sexuels excessifs comportant des victimes, avec contact et violence

Les fonctions principales des troubles D-CS

- (1) Fuir, ignorer et neutraliser, via la recherche de l'excitation et du plaisir sexuel, des responsabilités, des problèmes et des états intolérables de détresse intrapsychique (p.ex., dépression, anxiété, peur, colère, rancune, ennui, solitude, vide intérieur)**
- (2) Combler des besoins psychoaffectifs (p.ex., besoin d'attention, de se sentir aimé, désiré, spécial, validé, approuvé)**

Les fonctions principales des troubles D-CS (Suite)

- (3) Consolider l'identité de genre et surmonter des anxiétés en lien avec la genralité**
- (4) Réparer une blessure narcissique et régulariser l'estime de soi**
- (5) Éviter l'intimité sexuelle et l'engagement émotif**
- (6) Surmonter les sentiments d'être inadéquat et acquérir un sentiment de pouvoir et de contrôle sur autrui**

Les fonctions principales des troubles D-CS (Suite)

- (7) Exprimer (ouvertement ou passivement) des sentiments d'hostilité, de rage de vengeance et de rébellion**
- (8) Transformer symboliquement un traumatisme infantile en un acte de triomphe**
- (9) Maintenir le clivage entre les érotismes fusionnels (amour) et anti-fusionnels (luxure)**
- (10) Surmonter des peurs reliées à la désintégration du moi, afin de préserver un sentiment d'équilibre mental et de contrôle de soi**

Étiologie des troubles D-CS et les facteurs qui maintiennent la problématique sexuelle

- **Théories d'orientation psychanalytique**
- **Théories d'orientation cognitive-comportementale**
- **Théories d'orientation apprentissage sociale**
- **Théories d'orientation biologique**

Théories d'orientation psychanalytique des troubles D-CS

- **Vulnérabilité des hommes quant au développement de leur masculinité.**
- **Conflits non résolus (Complexe Œdipe), frustrations et anxiétés sous-jacentes qui maintiennent une fragilité au niveau de l'identité personnelle, sexuelle et de genre.**
- **Effets traumatiques des abus sexuels, physiques et émotifs sur le développement psychosexuel.**

Théories d'orientation psychanalytique (Suite)

- **Effets traumatiques des abus sexuels, physiques et émotifs sur le développement psychosexuel et relationnel.**
- **Carences affectives et érotisation des besoins d'attention, d'être aimé, désiré, reconnu et validé, des affects négatifs et des tensions et conflits psychiques.**
- **La transformation symbolique d'un traumatisme en un acte de triomphe, notamment dans le cas des paraphilies et délits sexuels.**

Théories d'orientation psychanalytique (Suite)

- **Clivage entre l'amour et la luxure.**
- **Hostilité refoulée et sexualisée, et la perte de respect envers le sexe opposé.**

Théories d'orientation cognitive-comportementale des troubles D-CS

- **Impact négatif des traumatismes et des messages parentaux antisexuels sur le développement psychosexuel et relationnel**
- **Processus de conditionnement et d'apprentissage renforcés par l'excitation et le plaisir sexuel, ce qui devient un moyen privilégié pour fuir et neutraliser des affects négatifs, des tensions et conflits psychiques**
- **Rôle interactif des événements déclencheurs et les pensées irrationnelles et mauvais sentiments associés à ceux-ci qui promouvaient le passage à l'acte du comportement sexuel**

Théories d'orientation cognitive-comportementale (Suite)

- **Trouble d'intimité (psychologique et sexuel) découlant des expériences négatives liées à la famille d'origine et l'histoire relationnelle**
- **Difficultés avec la solitude, manque de confiance et déficits dans les habiletés d'entrer en relation avec autrui**
- **Cycle des dépendances et compulsions sexuelles**

Théories d'orientation apprentissage sociale des troubles D-CS

- **Prohibition et punition face aux expériences juvéniles de découvertes sexuelles normales.**
- **Exposition à des modèles sexuels déviants ou inappropriés.**

Théories d'orientation apprentissage sociale (Suite)

- **Acquisition d'attitudes antisexuelles et des rôles sexuels transmis par la famille, la société, la religion, les médias et la pornographie.**
- **Différences entre les hommes et les femmes quant aux buts de la sexualité.**

Théories d'orientation biologique des troubles D-CS

- **Le voyeurisme, la polygamie et la génitalité chez les hommes**
- **Le rôle de la testostérone dans le désir sexuel**
- **Les mécanismes neurophysiologiques reliés aux symptômes des troubles anxieux, dépressifs et obsessionnels-compulsifs**
- **Le rôle des inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) dans la sexualité**

Industrie pornographique sur l'Internet

- **Internet offre un endroit sécuritaire où nous pouvons, de façon anonyme, explorer notre sexualité et être sexuellement permissifs sans menace.**
- **La pornographie est produite par les hommes pour exciter les hommes et combler leurs besoins de voyeurisme, de variété et de luxure.**

Cyberdépendance

- **Utilisation excessive, obsessionnelle et compulsive des sites d'Internet à caractère sexuel**

Le côté noir de l'Internet

- **25 millions d'Américains passent de 1 à 10 heures par semaine à fréquenter des sites à caractère sexuel**
- **4.5 millions (6-8%) Américains passent plus de 11 heures par semaine à fréquenter des sites à caractère sexuel**
- **Passer 4 à 6 heures par semaine sur des sites sexuels peut avoir un effet dommageable sur la qualité de la vie amoureuse, familiale, sociale et professionnelle**

Le côté noir de l'Internet (Suite)

Attrait aux sites à caractère sexuel

- **Accessibilité, faibles coûts ou gratuit, et anonymat**
- **Curiosité, interdit, voyeurisme, variété**
- **Gratification et satisfaction immédiate**
- **Aucun risque (ou minime)**
- **Sentiment de pouvoir et de contrôle**
- **Épargne à l'individu l'angoisse des rapports avec autrui.**

Le côté noir de l'Internet (Suite)

Signes de cyberdépendance

- **Comportement devient un véritable besoin**
- **Détachement et désinvestissement relationnel**
- **Perte de désir et d'intérêts sexuels avec le partenaire**
- **Mensonges et vie secrète**
- **Préférence à passer du temps avec l'ordinateur, et conflits conjugaux et familiaux associés à l'ordinateur**

Signes de cyberdépendance (Suite)

- **Déévaluation de soi et vision distorsionnée des autres et de la sexualité**
- **Problèmes professionnels**
- **Négligence de responsabilités**
- **Problèmes de sommeil et de fatigue**
- **Isolement social, dépression et changement de personnalité**
- **Comportement représente une forme d'évasion qui comble des besoins sexuels et psychoaffectifs**

Le côté noir de l'Internet (Suite)

Le danger des comportements cybersexuels

- **Intérêt et le besoin de rechercher des niveaux plus élevés d'excitation**
- **Les sites sexuels transmettent des fausses idées sur les rapports sexuels entre les sexes**
- **Aventures et infidélités cybersexuelles**
- **Disponibilité du matériel pornographique obscène, déviant et violent**
- **Lien entre pornographie et violence sexuelle**

Délits sexuels et troubles de D-CS

- Les paraphilies et délits sexuels avec ou sans violence présentent souvent les caractéristiques obsessionnelles-compulsives d'un trouble D-CS.
- Certains délits sexuels, incluant des inconduites sexuelles professionnelles, sont associés et attribuables à la perte de contrôle d'un trouble D-CS sous-jacent.

Inconduites sexuelles chez les professionnels

- **50% des psychiatres évalueront et traiteront au moins une patiente victime d'un ancien thérapeute ou autre professionnel en santé et santé mentale.**
- **Sondage anonyme sur 1300 psychiatres**
 - **6.4%-9% = 1 fois**
 - **35% de cette population = plus d'une fois**
- **Certains professionnels minimisent ou nient le mal de leur comportement, croyant que les relations sexuelles ont une valeur thérapeutique (expérience émotionnelle correctrice).**
- **50% ou + présentent des troubles D-CS et paraphilies, et des troubles d'abus de substance.**

Inconduites sexuelles chez les professionnels (Suite)

Profil clinique des professionnels-abuseurs

- 1. Le professionnel-abuseur naïf et névrosé manquant d'expérience**
- 2. Le professionnel-abuseur présentant des troubles affectifs et psychologiques importants**
- 3. Le professionnel-abuseur présentant des troubles psychologiques sévères et un trouble de la personnalité**

Évaluation des troubles D-CS

5 composantes de l'évaluation

1. Évaluation de la problématique

- Nature et histoire**
- Problèmes secondaires associés à la problématique**

2. Histoire personnelle compréhensive

- Familiale, sexuelle, relationnelle, sociale, médicale, psychiatrique**

Évaluation des troubles D-CS (Suite)

3. Impressions diagnostiques et pronostic

- Diagnostics psychologiques et sexologiques**
- Formulation psychodynamique et sexodynamique**
- Évaluation de la force du Moi et maîtrise de soi**
- Motivation au changement**
- Cycle des dépendances et compulsions sexuelles**

Évaluation des troubles D-CS (Suite)

4. Alliance thérapeutique et relation transférentielle

5. Plan de traitement et processus thérapeutique

Traitement des troubles D-CS

Philosophie de base

- **Le traitement des troubles D-CS est compliqué par le fait que le but ultime est de faire cesser la conduite sexuelle problématique, sans toutefois supprimer la sexualité, pour ensuite faciliter l'expression d'une sexualité plus saine et fonctionnelle**
- **Utilité d'une approche thérapeutique personnalisée selon les besoins du client, suivant un modèle multimodal**

Traitement des troubles D-CS

Philosophie de base (Suite)

- **Intimité de la relation thérapeutique très anxiogène, provoquant souvent des réactions transférentielles négatives et érotiques**
- **Importance de l'alliance thérapeutique et la capacité du thérapeute à confronter et aider les clients à surmonter leurs résistances au changement**
- **Glissement vs Chutes vs Rechutes**

Processus de traitement en 5 grandes étapes

**I. Identifier, comprendre et briser le cycle
des dépendances et compulsions sexuelles**

**II. Traitement pharmacologique des troubles
D-CS adapté en fonction des troubles
psychologiques sous-jacents**

Processus de traitement en 5 grandes étapes (Suite)

III. Psychothérapie individuelle, conjugale et sexuelle centrée sur le sens, les facteurs et les besoins associés à la conduite sexuelle problématique

- **Techniques thérapeutiques d'orientation :**
 - **Cognitive-comportementale**
 - **Psychanalytique et sexoanalytique**
 - **Conjugale**
 - **Sexuelle**

Processus de traitement en 5 grandes étapes (Suite)

IV. Prévention de récidence

V. Suivi à long terme

**I. Identifier, comprendre et briser le
cycle des dépendances et
compulsions sexuelles**

**Cycle des dépendances et
compulsions sexuelles**

I. Cycle des dépendances et compulsions sexuelles

conflits non résolus

(passé et présent)



**pensées et croyances négatives
et mauvais sentiments**



**inconfort et détresse psychologiques
retrait et isolement**

I. Cycle des dépendances et compulsions sexuelles (Suite)

**inconfort et détresse psychologiques
retrait et isolement**



fantasmes et processus d'érotisation



passage à l'acte et satisfaction des besoins

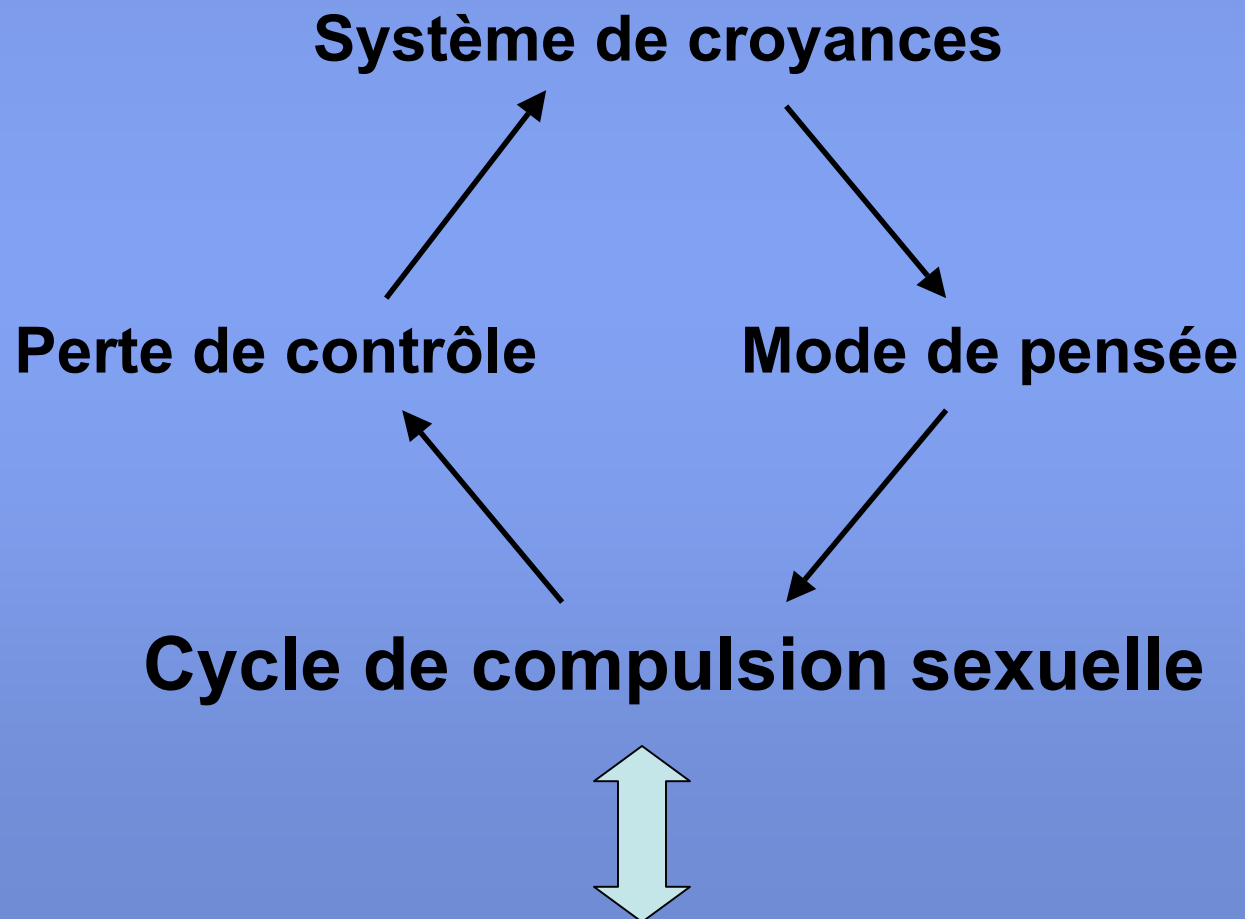


culpabilité, honte et dévaluation de soi



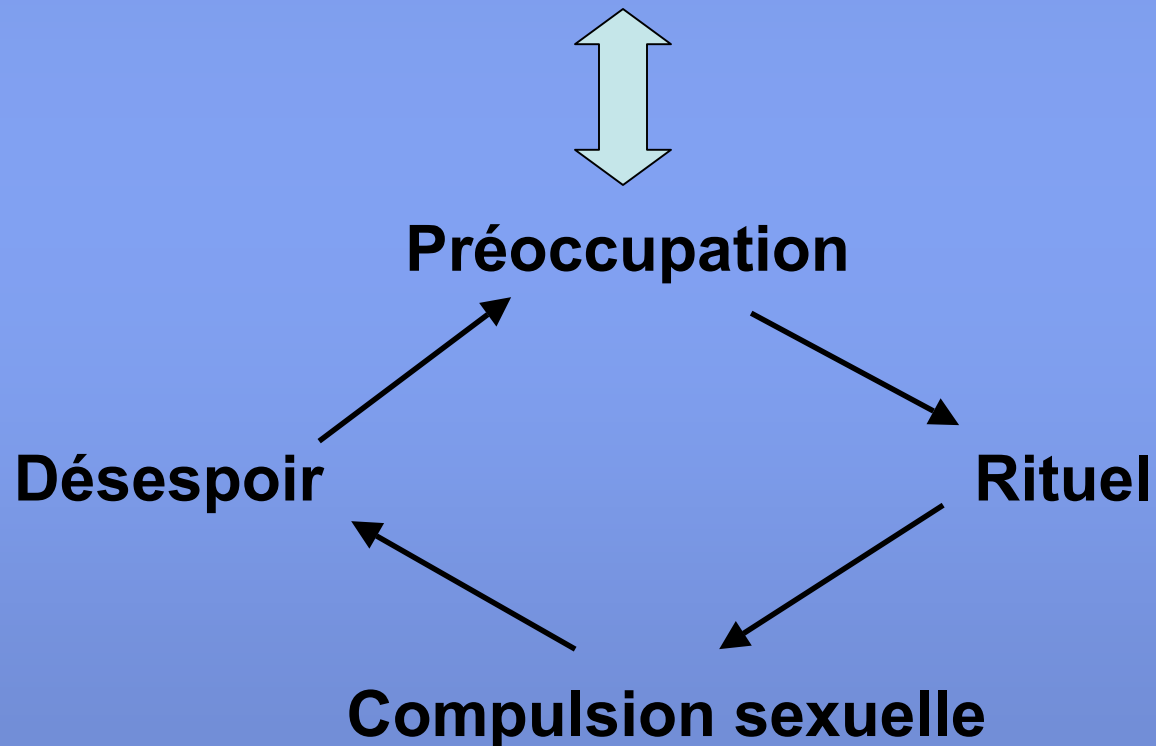
conflits non résolus

II. Cycle des dépendances et compulsions sexuelles



II. Cycle des dépendances et compulsions sexuelles (Suite)

Cycle de compulsion sexuelle



Processus de prise de décision pour entreprendre des changements (analyses des pertes vs gains)

Scénario	Conséquences à court terme		Conséquences à long terme	
	Positives	Négatives	Positives	Négatives
D-CS				
Arrêt D-CS				

II. Traitement pharmacologique des troubles D-CS adapté en fonction des troubles psychologiques sous-jacents

- **Agents anti-dépresseurs et anti-obsessifs**
 - Les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) semblent prometteurs
 - Les ISRS réduisent et améliorent les symptômes obsessionnels-compulsifs, dépressifs et anxieux associés aux troubles D-CS, tout en préservant un appétit et désir sexuel normal

III. Psychothérapie individuelle, conjugale et sexuelle centrée sur le sens, les facteurs et les besoins associés à la conduite sexuelle problématique

Techniques thérapeutiques d'orientation cognitive-comportementale

Techniques thérapeutiques d'orientation cognitive-comportementale (Suite)

- **Identifier, comprendre et briser le cycle des dépendances et compulsions sexuelles**
- **Identifier, éliminer ou contrôler les déclencheurs et mise en pratique de stratégies d'adaptation et d'évitement pour contrôler la conduite sexuelle problématique**

Techniques thérapeutiques d'orientation cognitive-comportementale (Suite)

- **Identifier et comprendre le sens de la conduite sexuelle problématique et les besoins psychoaffectifs et problèmes émotifs sous-jacents comblés et/ou neutralisés par celle-ci**
- **Identifier les changements d'attitudes et de style de vie nécessaires pour combler autrement ses besoins**

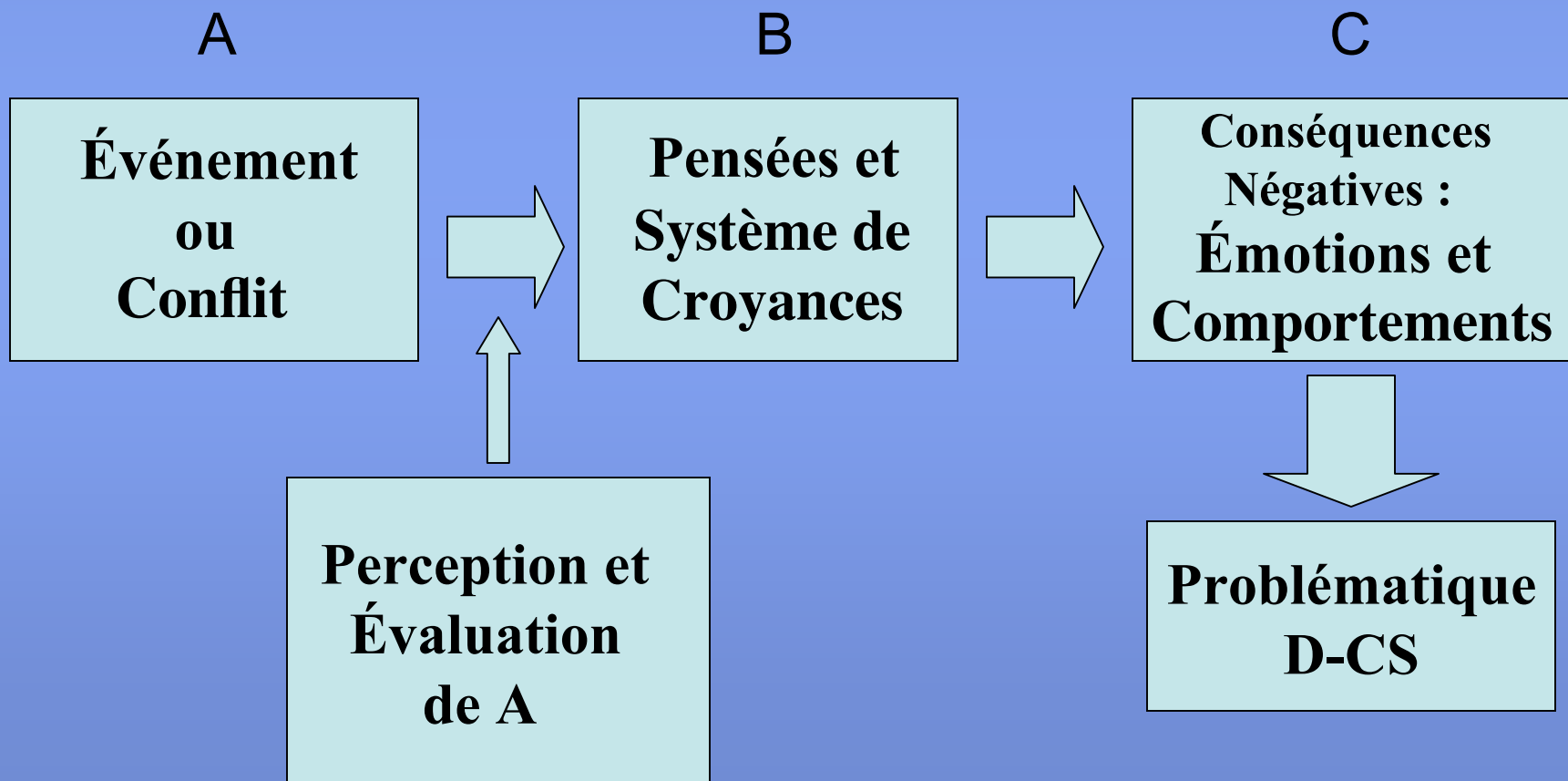
Techniques thérapeutiques d'orientation cognitive-comportementale (Suite)

Thérapie cognitive

- **Identifier, confronter et restructurer les distorsions cognitives associées à la conduite sexuelle problématique portant sur l'image de soi, les relations, les besoins et la sexualité.**
- **Identifier les changements d'attitudes et de style de vie nécessaires pour combler autrement ses besoins.**

Thérapie cognitive (Suite)

Schéma de la restructuration cognitive



Thérapie cognitive (Suite)

Nouvelles attitudes et croyances pour changer et maintenir le changement

- Faire ce qui est important**
- Se récompenser pour du bon travail**
- S'affirmer**
- Se responsabiliser pour nos actions**
- Prendre soin de soi-même**
- Savoir et défendre ce qui compte pour soi**
- Apprendre de nos erreurs**

Nouvelles attitudes et croyances (Suite)

- Se reposer et réfléchir**
- S'approcher des personnes qui nous acceptent**
- Se permettre à ressentir des sentiments**
- Rester dans le présent**
- Accepter que la sexualité n'est pas l'ennemi**
- Découvrir notre Soi sexuel**
- Avoir des frontières avec soi-même et les autres**

Techniques thérapeutiques d'orientation cognitive-comportementale (Suite)

- **Entraînement aux habiletés sociales et interpersonnelles**

Processus de traitement (Suite)

Techniques thérapeutiques d'orientation psychanalytique

Processus psychanalytique

- 1. Décoder et analyser la conduite sexuelle problématique.**
- 2. Aider le client à se différencier et à se séparer des représentations d'image de soi et des relations objectales distorsionnées par des blessures et conflits non résolus associés à sa famille d'origine et à d'autres expériences traumatiques et marquantes.**

Processus psychanalytique (Suite)

- 3. Interprétations et prises de conscience sur les fonctions de la conduite sexuelle problématique.**
- 4. Travailler sur les résistances et gâcher la gratification de la conduite sexuelle problématique en amenant celle-ci d'un état égo-syntone à un état égo-dystone.**
- 5. Travail analytique sur les troubles affectifs sous-jacents et sur les aspects pathologiques de la personnalité.**

Techniques thérapeutiques d'orientation conjugale

- **Thérapie conjugale de support travaillant sur les facteurs relationnels associés à la problématique.**
- **Entraînement à la communication émotive et à l'écoute active.**
- **Gestion des conflits et résolution des blessures et rancunes.**
- **Adopter une vision plus équilibrée de chaque partenaire et du couple.**
- **Apprendre à pardonner et restaurer des sentiments chaleureux.**

Techniques thérapeutiques d'orientation conjugale (Suite)

Thérapie cognitive de couple :

**Influence de notre mode de pensée sur
notre vie conjugale**

Vulnérabilité de base
Blessures passées et peur de l'intimité
Systeme de croyances irrationnelles et négatives



Voix critique

Attitude méfiante/défensive et colère refoulée
Croyance et perception de l'autre comme rejetant et blessant



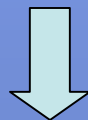
Évitement et fermeture



Conflits conjugaux



Confirmation que l'autre est rejetant et blessant
Perte de respect, mépris, hostilité et éloignement



Cycle de D-CS

Processus de traitement (Suite)

Techniques de thérapie sexuelle

- **La sexualité n'est pas l'ennemi**
- **Le couple partage leur histoire sexuelle, leur vision de la sexualité en général, et leurs pensées et sentiments entourant leur sexualité et vie sexuelle**
- **Thérapie sexuelle pour dysfonctions sexuelles**

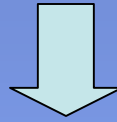
Techniques de thérapie sexuelle (Suite)

- **Travail sur le désir sexuel et la peur de l'intimité**
- **Identification et expression des besoins sexuels à travers le partage et des expériences d'intimité sexuelle**
- **Développement d'attitudes sexuelles plus saines**

Techniques de thérapie sexuelle (Suite)

Modèle de santé sexuelle chez les couple

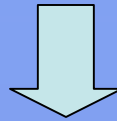
Patience, Douceur, Compréhension



Ouverture
Conscientisation des sentiments et frontières



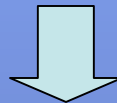
Relaxation
Considération des besoins de l'autre



Confiance, Empathie, Optimisme



Amour, Intimité, Fidélité



Santé Sexuelle

Processus de traitement (Suite)

IV. Prévention de récidive

Prévention de récurrence (Suite)

- **Conscientisation de son propre cycle de D-CS**
- **Anticipation des facteurs à risques et des déclencheurs (internes et externes), et développement d'un plan d'action et d'évitement**

Prévention de récidive (Suite)

- **Définir sa sobriété et son nouveau mode de vie**
 - **Liste de comportements à contrôler**
 - **Liste de frontières**
 - **Plan pour améliorer sa vie relationnelle et sexuelle**

Prévention de récidive (Suite)

- **S'occuper de soi : Surveiller ses vulnérabilités personnelles dans différents domaines de la vie**
- **Connaissances des autres options pour faire face à des conflits et états psychologiques négatifs**
- **Glissement vs Chutes vs Rechutes**

Prévention de récidive (Suite)

Facteurs qui contribuent à une vie saine

Accomplissement

Estime de soi

Hygiène personnelle

Responsabilisation

Attitudes réalistes et rationnelles

Conscience

Compréhension de soi

Relations intimes

Processus de traitement (Suite)

V. Suivi à long terme

- **Suivi psychothérapeutique pour maintenir les acquis et pour travailler sur d'autres problèmes**
- **Associations et groupe d'entraide**

FIN

**Dr. Marc Ravart, M.A., Ph.D.
psychologue et sexologue clinicien**

marc.ravart@mail.mcgill.ca