

Conceptualisation, évaluation et traitement de la dépendance cybersexuelle : une revue de la littérature

Aline Wéry
Université catholique de Louvain

Laurent Karila
Hôpital universitaire Paul-Brousse, Villejuif, France

Pascal De Sutter et Joël Billieux
Université catholique de Louvain

L'objectif du présent article est de proposer une recension des connaissances actuelles sur la dépendance cybersexuelle (définition, épidémiologie, évaluation et traitement). Il existe en effet un manque de consensus concernant la conceptualisation de ce trouble. Ce flou conceptuel est notamment imputable à l'existence d'une multitude de définitions du trouble, d'une importante variété des conduites sexuelles concernées et des symptomatologies, et de problèmes méthodologiques dans les études existantes (échantillons et outils d'évaluation fortement hétérogènes dans les différentes études). Dans un tel contexte, notre article vise à clarifier l'état des connaissances sur la cyberdépendance sexuelle. Nous ferons également un état des lieux des modalités de traitements empiriquement validés de la dépendance sexuelle et cybersexuelle, et proposerons des pistes pour les études futures. Une revue narrative non systématique a été réalisée afin d'examiner et de résumer la littérature anglophone et francophone portant sur la dépendance cybersexuelle. Cette revue a été effectuée au moyen de mots-clés désignant la dépendance sexuelle et cybersexuelle dans les bases de données PsycINFO, ISI Web of Science et Francis. Une attention particulière a été portée aux articles évaluant les facteurs de risques impliqués dans la dépendance sexuelle, ainsi qu'à ceux proposant des pistes de traitement du trouble.

Mots-clés : dépendance cybersexuelle, cyberdépendance, hypersexualité, addiction à Internet, évaluation, traitement.

Bien que l'acceptation de la réalité de la dépendance sexuelle ne semble plus faire de doute—tant chez les cliniciens que chez les chercheurs, il n'existe à l'heure actuelle aucun consensus quant à la définition de ce trouble, que ce soit sur le plan de sa symptomatologie, de sa classification, de son évaluation et de son traitement. Une variété de termes sont d'ailleurs utilisés pour parler de ce trouble : compulsions sexuelles, sexualité impulsive, hypersexualité, dépendance sexuelle, ou encore addiction sexuelle (Gilliland, South, Carpenter & Hardy, 2011; Karila et al., 2014a). Actuellement, la prévalence du trouble varierait entre 3 et 6 % (Coleman, 1992; Daneback, Ross & Månsson, 2006); Wetterneck, Burgess, Short, Smith et Cervantes (2012) suggèrent une augmentation de celle-ci depuis l'apparition d'Internet et des nombreux sites à caractère sexuel. En effet, depuis plusieurs années, Internet est devenu l'un des premiers outils utilisés par les

consommateurs de matériel sexuel et pornographique, le mot « sexe » étant le plus fréquemment recherché sur Internet (Griffiths, 2001) et l'industrie de la pornographie générant le revenu le plus fructueux sur la toile, estimé à 57 milliards de dollars (Young, 2008).

Depuis l'apparition d'Internet, le matériel pornographique et, plus largement, la cybersexualité (sexe via webcam, chats sexuels, etc.) sont plus rapidement et anonymement accessibles, et cette industrie a littéralement explosé ces dernières années. Avec cette augmentation de l'utilisation de la cybersexualité, le nombre de demandes de soins liées à la consommation de sexualité en ligne est en nette augmentation (Ayres & Haddock, 2009). Cependant, en dépit de la progression de ce trouble dans nos sociétés, les intervenants sur le terrain ne sont généralement pas aptes à prendre en charge ces demandes. Une étude réalisée auprès de 99 thérapeutes membres de l'American Association for Marriage and Family Therapy souligne d'ailleurs que 76 % d'entre eux ont déjà rencontré des individus avec des difficultés liées à la pornographie en ligne, mais que seuls 21 % estiment avoir été préparés à traiter ce type de troubles durant leur formation (Ayres & Haddock, 2009). En outre, Goldberg, Peterson, Rosen et Sara (2008) ont mis en évidence que 73 % des 164 intervenants interrogés rapportent que la cybersexualité n'a pas été abordée au cours de leur cursus universitaire. Face à ce constat, il semble essentiel de pouvoir apporter des informations précises aux intervenants afin d'améliorer la compréhension, l'évaluation et la prise en charge de la dépendance cybersexuelle.

Aline Wéry, Laboratoire de psychopathologie expérimentale, Institut de recherche en sciences psychologiques, Université catholique de Louvain; Laurent Karila, Hôpital universitaire Paul-Brousse, Villejuif, France; Pascal De Sutter et Joël Billieux, Laboratoire de psychopathologie expérimentale, Université catholique de Louvain.

Toute correspondance concernant le présent article doit être adressée à : Aline Wéry, Laboratoire de psychopathologie expérimentale, Institut de recherche en sciences psychologiques, Université catholique de Louvain, Place du Cardinal Mercier, 10, B – 1348 Louvain-la-Neuve, Belgique. Courriel : aline.wery@uclouvain.be

Dans un tel contexte, cet article vise à fournir aux cliniciens et aux chercheurs francophones une revue détaillée de la littérature sur les dépendances cybersexuelles, en abordant divers aspects essentiels à la compréhension de ce trouble, tels que sa définition et sa symptomatologie, les conséquences du trouble et les données épidémiologiques (prévalence et facteurs de risque). Cet article vise également à décrire les outils d'évaluation et de dépistage de ce trouble et à présenter les connaissances actuelles relatives à sa prise en charge. Une revue narrative non systématique a été réalisée afin d'examiner et de résumer la littérature anglophone et francophone portant sur la dépendance cybersexuelle. Cette revue a été effectuée au moyen de mots-clés désignant la dépendance sexuelle et cybersexuelle dans les bases de données PsycINFO, ISI Web of Science et Francis. Une attention particulière a été portée aux articles évaluant les facteurs de risques impliqués dans la dépendance sexuelle, ainsi qu'à ceux proposant des pistes de traitement du trouble.

Définitions et critères diagnostiques

Dans la littérature, plusieurs auteurs situent les troubles liés à l'hypersexualité dans la lignée des dépendances comportementales (trouble non lié à l'utilisation d'une substance psychoactive), au même titre que la dépendance aux jeux de hasard et d'argent, les achats compulsifs, la dépendance au travail, ou encore la dépendance à l'exercice physique. Il existe en effet des symptômes communs entre les addictions sans substance et les pratiques hypersexuelles, par exemple, perte de contrôle, mode de régulation des affects, préoccupations, conséquences négatives dans différentes sphères de la vie quotidienne (Cooper, Delmonico, Griffin-Shelley & Mathy, 2004; Orzack & Ross, 2000).

Par ailleurs, il n'existe toujours pas, à ce jour, de consensus quant à la définition et aux critères diagnostiques de la dépendance sexuelle et cybersexuelle. Ce constat est en partie imputable au manque de données empiriques permettant de valider les critères diagnostiques proposés. Le flou théorique et conceptuel entourant le construit de dépendance sexuelle et cybersexuelle, de même que l'absence de données épidémiologiques claires sur ce trouble (pour une revue, voir Karila et al., 2014a), expliquent d'ailleurs l'absence de cette catégorie diagnostique dans la dernière édition du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (5^e éd.; DSM-V; American Psychiatric Association, 2013), l'APA ayant en effet décidé qu'il n'existe à ce jour pas de données empiriques suffisantes pour inclure la dépendance sexuelle ou cybersexuelle en tant que nouveau trouble psychiatrique. Relevons que si la dépendance à Internet en tant que telle n'a pas non plus été retenue dans la 5^e édition du DSM, la section 3 de ce manuel mentionne toutefois le trouble lié aux jeux sur Internet (*Internet Gaming Disorder*) comme un trouble devant faire l'objet de recherches futures.

La dépendance sexuelle

En 1991, Carnes, est un des premiers à élaborer une liste de 10 critères de la dépendance sexuelle visant à permettre l'identification du trouble : 1) comportements sexuels non contrôlés; 2) incapacité d'empêcher ou de stopper le comportement sexuel problématique; 3) recherche incessante de conduites sexuelles à risque (par ex., relations sexuelles non protégées); 4) efforts ou désirs infructueux

pour limiter le comportement sexuel; 5) utilisation du comportement sexuel comme stratégie d'adaptation principale (régulation des affects); 6) présence d'un phénomène de tolérance (augmentation de la quantité de comportements sexuels pour atteindre un état de satisfaction désiré); 7) présence de changements émotionnels importants associés à l'activité sexuelle; 8) temps excessif consacré à la recherche et à la préparation des conduites sexuelles; 9) temps excessif consacré aux expériences sexuelles; 10) impact négatif sur le plan social, physique ou psychologique.

Vingt ans plus tard, en 2010, Kafka propose à son tour un ensemble de critères du trouble qu'il nommera *hypersexualité* en vue de l'apparition de la cinquième version du DSM, même si, comme il a été mentionné précédemment, cette proposition ne sera finalement pas retenue par l'APA :

A. Présence, pendant une période d'au moins six mois, de fantasmes sexuels intenses et récurrentes, de pulsions sexuelles ou de comportements sexuels associés à trois ou à plus des cinq critères suivants :

A1. Le temps consacré pour des fantasmes, des pulsions ou des comportements sexuels interfère de manière répétée avec d'autres buts, activités et obligations importantes (non sexuelles).

A2. Engagement répété dans des fantasmes, des pulsions ou des comportements sexuels en réponse à des états d'humeur dysphorique (par ex., anxiété, dépression, ennui, irritabilité).

A3. Engagement répété dans des fantasmes, des pulsions ou des comportements sexuels en réponse à des événements de vie stressants.

A4. Des efforts répétés, mais inefficaces, pour contrôler ou réduire ces fantasmes, pulsions ou comportements sexuels.

A5. Engagement répété dans des comportements sexuels malgré les risques de blessures physiques ou émotionnelles, pour soi ou pour autrui.

B. Les fantasmes, impulsions sexuelles ou comportements sont à l'origine d'une souffrance cliniquement significative ou d'une altération du fonctionnement social, professionnel, ou dans d'autres domaines importants.

C. Ces fantasmes, impulsions sexuelles ou comportements ne sont pas attribuables aux effets directs d'une substance (par ex., un abus de drogue ou une médication).

Spécifié s'il y a masturbation, pornographie, comportement sexuel avec des adultes consentants, cybersexe, sexe téléphonique, clubs d'effeuillage et autre.

La tentative de conceptualisation de l'hypersexualité proposée par Kafka (2010) met en évidence l'existence d'une grande variété de conduites sexuelles pouvant devenir source de dépendance pour un individu. Aux conduites spécifiées par Kafka peuvent s'ajouter : la drague compulsive, la compulsion aux relations amoureuses multiples, la compulsion aux relations extraconjugales et le recours aux travailleurs ou travailleuses du sexe (Carnes, 2000; Coleman, 1992).

La dépendance cybersexuelle

Plusieurs auteurs (Orzack & Ross, 2000; Valleur & Velea, 2002; Varescon, 2009; Young, 1996, 2008) ont élaboré des définitions ou des critères diagnostiques de la cyberdépendance (ou dépendance à Internet), sans toutefois spécifier les objets de cette dépendance, qui, comme il a été établi, peuvent être fort variés (par ex., jeux en ligne, achats en ligne, visionnement de pornographie). Varescon (2009) définit la cyberdépendance comme une dépendance au

virtuel (par l'entremise d'Internet) qui se manifeste par des préoccupations liées au besoin de connexion, par un allongement du temps passé en ligne et par des répercussions négatives sur la vie de la personne. Cette nécessité de se connecter à Internet viendrait satisfaire un besoin ou procurer un soulagement chez l'individu (Varescon, 2009). Par ailleurs, plusieurs auteurs (Orzack & Ross, 2000; Valleur & Velea, 2002; Young, 1996) proposent une liste des symptômes persistants et récurrents pour définir la dépendance à Internet : 1) plaisir, gratification ou soulagement lorsqu'il y a engagement dans des activités en ligne; 2) préoccupations pour les activités sur Internet; 3) besoin de passer de plus en plus de temps ou de dépenser de plus en plus d'argent pour les activités en ligne; 4) échec des efforts répétés pour contrôler ces activités; 5) agitation, irritabilité ou dysphorie s'accroissant lorsque l'on n'est pas engagé dans ces activités; 6) besoin de retourner à ces activités pour fuir des problèmes ou soulager l'humeur dysphorique; 7) négligence des obligations sociales, familiales, éducationnelles, et professionnelles; 8) perturbations du sommeil.

La dépendance cybersexuelle peut se manifester à travers une variété de conduites telles que : visionner du matériel pornographique ou érotique, prendre part à des *chats* sexuels, participer ou regarder des pratiques sexuelles via webcam, chercher en ligne des partenaires pour de la sexualité hors ligne, ou encore, chercher des informations ou des conseils sur la sexualité (Döring, 2009). Ces activités peuvent être regroupées en trois catégories : 1) excitation en solitaire (par ex., pornographie); 2) excitation avec partenaire (par ex., *chats* sexuels); 3) activités non directement excitantes (par ex., chercher de l'information) (Shaughnessy, Byers & Walsh, 2011).

De plus, depuis quelques années, de nouvelles activités cybersexuelles ont vu le jour sur la toile. C'est le cas des jeux de rôles virtuels en 3D dans lesquels il est possible de créer soi-même son partenaire sexuel virtuel idéal, en choisissant ses tenues, ses mensurations, sa couleur de peau, de cheveux, mais aussi les positions sexuelles pratiquées et les lieux dans lesquels se dérouleront les activités sexuelles. Ces nouvelles activités cybersexuelles sont proposées par les sites afin que l'utilisateur puisse devenir acteur et créateur de son propre film pornographique. De plus, certains de ces sites de jeux de rôles en 3D proposent la vente de *sex-toys* pouvant être connectés à l'ordinateur par un port USB et permettant de vivre des expériences virtuelles tactiles (électrostimulation) dans lesquelles le mouvement, le rythme et la pression exercée épousent les gestes de la personne se trouvant derrière son écran. Bien que, pour l'instant, ces objets soient encore peu présents sur les sites sexuels de jeux, nous pouvons penser qu'avec l'avancée des technologies, ils le seront de plus en plus au cours des prochaines années.

Bien que les définitions de la cyberdépendance soient nombreuses, elles sont souvent globales et peu d'auteurs suggèrent une définition propre à la dépendance cybersexuelle. Cooper et al. (2004) ont été parmi les seuls à proposer un modèle de la dépendance cybersexuelle. Selon eux, l'activité sexuelle en ligne (*online sexual activity*; OSA) concerne toute utilisation d'Internet qui implique la sexualité. Cette définition inclut le divertissement, l'exploration, l'éducation, la recherche d'informations, l'achat de matériel sexuel et les tentatives pour trouver un partenaire sexuel en ligne ou hors ligne. Le cybersexe serait ainsi considéré comme une sous-catégorie de l'OSA, décrite comme l'usage d'Internet pour s'engager dans des activités sexuelles gratifiantes. Il inclut le

visionnage de photos ou de vidéos pornographiques, s'engager dans des *chats* sexuels, ou encore pratiquer le cybersexe via des environnements virtuels (par ex., une *sexroom*). Les problèmes sexuels en ligne (*online sexual problems*; OSP) se rapportent ainsi à des difficultés que les gens peuvent rencontrer quand ils s'engagent dans des OSA (par ex., répercussions dans la vie quotidienne, perte de contrôle). Finalement, la compulsion sexuelle en ligne (*online sexual compulsivity*; OSC), conceptualisée comme un sous-type d'OSP, se réfère à un engagement problématique impliquant des conséquences négatives importantes dans la vie quotidienne et une souffrance psychologique de la personne ou de ses proches.

Ce modèle propose donc de conceptualiser les activités cybersexuelles sur un continuum allant de la consommation « récréative » à la consommation problématique et compulsive. La consommation « récréative » semble en effet être un comportement fréquent et non nécessairement problématique, malgré la forte stigmatisation qu'elle suscite dans nos sociétés. En effet, selon une enquête en ligne réalisée par Albright (2008) auprès de 15 246 Américains, 75 % des hommes et 41 % des femmes rapportent consommer du matériel pornographique ou érotique en ligne, mais ces pratiques ne semblent problématiques que pour 8 % d'entre eux. Cependant, dans cette étude, les critères utilisés pour déterminer si le comportement cybersexuel est problématique ne prennent en compte que le temps passé en ligne et l'impact négatif des comportements cybersexuels sur la vie de l'individu.

Cooper, Putnam, Planchon et Boies (1999a) ont également proposé une typologie des utilisateurs de cybersexualité comprenant trois catégories : 1) les utilisateurs récréatifs qui accèdent au matériel sexuel par curiosité ou par divertissement et qui ne présentent aucun problème associé à ces comportements sexuels en ligne; 2) les utilisateurs à risque qui, sans la présence d'Internet, n'auraient pas développé de problème avec la consommation de sexualité et dont les comportements sexuels en ligne pourraient se transformer en comportements sexuels compulsifs; 3) les utilisateurs compulsifs qui utilisent Internet comme un lieu privilégié pour leurs activités sexuelles parce qu'ils ont une propension à exprimer leur sexualité de manière pathologique. En 2004, Cooper et al. précisent que les utilisateurs du groupe à risque se caractérisent principalement par leur utilisation de cybersexualité afin de réguler leurs états émotionnels. Dès lors, les auteurs proposent de diviser cette catégorie en deux sous-catégories : 1) les utilisateurs réactifs au stress qui se caractérisent par la tendance à s'engager dans des OSA dans les périodes de grand stress afin de fuir temporairement ou de gérer leur inconfort; 2) les utilisateurs dépressifs qui présentent une dépression, une dysthymie ou des difficultés chroniques et qui accèdent à leurs émotions via les OSA.

Cette proposition faite par Cooper et al. (2004) met en évidence le rôle d'une stratégie de régulation des affects négatifs comme étant le facteur de risque unique du comportement cybersexuel compulsif. Cependant, cette vision de la dépendance cybersexuelle comme résultant d'une stratégie d'adaptation inadéquate permettant de gérer des émotions difficiles, bien que pertinente, s'avère ne pas être la seule hypothèse émise quant à l'origine du trouble et des facteurs de risque impliqués. À titre d'exemple, la dépendance cybersexuelle a également été conceptualisée : 1) comme la reconstitution d'un trauma infantile dans lequel le comportement cybersexuel sert à gérer le stress lié au trauma passé, à trouver de

l'affection ou de l'amour, ou parfois, à répéter de manière compulsive le trauma infantile, ou 2) comme un trouble de l'intimité dans lequel la cybersexualité viendrait remplacer la sexualité avec un partenaire « réel », trop anxiogène à vivre pour l'individu (Southern, 2008).

Par ailleurs, parallèlement à ces facteurs de risque, des facteurs de maintien du trouble ont également été explorés. Ainsi, des renforcements positifs joueraient un rôle dans le développement et le maintien de cette addiction. Le comportement sexuel serait en effet doublement renforcé, d'une part, par la réponse physiologique (jouissance), et d'autre part, par le soulagement psychologique temporaire que la réponse procure (diminution des affects négatifs ou du stress). Dans ce cas, l'excitation sexuelle et la masturbation deviennent des renforcements positifs dus à la stimulation sexuelle, d'une part, et au relâchement qui suit l'orgasme, d'autre part (Putnam & Maheu, 2000). En d'autres termes, les réponses de plaisir physiologiques seraient à la base du comportement sexuel, et des renforcements physiques et psychologiques résulteraient en un maintien du cycle sexuel.

En résumé, la dépendance cybersexuelle est conceptualisée dans la littérature comme une sous-catégorie de la dépendance sexuelle, qui est elle-même à inclure dans le spectre des dépendances « comportementales », et cela indépendamment de l'objet de la dépendance (le type d'activité sexuelle). Selon ces conceptualisations, la dépendance cybersexuelle implique la répétition du comportement sexuel, la perte de contrôle, le désir d'interrompre cette conduite sans y parvenir et la présence fréquente de conséquences négatives pour l'individu et ses proches. Cette addiction semble se développer en partie en raison des effets plaisants qu'elle procure (excitation, plaisir et gratification) ou d'autorégulation (relaxation, réduction des émotions aversives et du stress).

Conséquences

Les différentes définitions et les critères diagnostiques mettent l'accent sur l'importance des conséquences de la dépendance cybersexuelle. Plusieurs études ont montré que l'utilisation de matériel sexuel sur Internet pouvait être associée à la dépression, à l'anxiété, à des difficultés relationnelles et d'intimité (Philaretou, Malhfouz & Allen, 2005), à des problèmes professionnels et à des pertes financières (Schneider, 2000), à une diminution de la satisfaction sexuelle (Stack, Wasserman & Kern, 2004), à des comportements sexuels à risque (Carroll et al., 2008; Häggström-Nordin, Hanson & Tyden, 2005; Peter & Valkenburg, 2008), à une diminution de l'intérêt pour les activités sexuelles hors ligne (Albright, 2008; Young, 2007), et à de la honte, de la culpabilité, de la solitude ainsi qu'à une augmentation de la tendance à se blâmer (McBride, Reece & Sanders, 2007).

Finalement, plusieurs études ont montré que l'utilisation de la pornographie chez l'un des partenaires était associée à une diminution de la confiance et des relations sexuelles dans le couple (Bergner & Bridges, 2002; Cooper, Scherer, Boies & Gordon, 1999b; Manning, 2006; Schnieder, 2000), à une augmentation des critiques envers le corps du partenaire (Albright, 2008), ainsi que chez le partenaire, à une baisse de l'estime de soi et à une augmentation de la solitude et du blâme de soi (Orzack, Voluse, Wolf & Hennen, 2006).

Épidémiologie

Prévalence

Il existe à ce jour peu de données épidémiologiques sur la dépendance sexuelle et cybersexuelle. Selon les études, entre 3 % et 16,8 % de la population générale présenterait une dépendance sexuelle (Coleman, 1992; Cooper, Morahan-Martin, Mathy & Maheu, 2002; Seegers, 2003). Les écarts importants entre les taux de prévalence rapportés dans les différentes études semblent notamment attribuables à l'utilisation de critères diagnostiques ou d'instruments de dépistage distincts, comme c'est fréquemment le cas pour les études d'épidémiologie qui concernent de « nouveaux » troubles dont les critères diagnostiques ne sont pas encore établis ou reconnus (voir par ex., Kuss, Griffiths, Karila & Billieux, 2014, pour une analyse dans le contexte des troubles liés à l'utilisation d'Internet). En outre, les études existantes ne rapportent pas toujours les critères utilisés pour diagnostiquer la dépendance sexuelle ou cybersexuelle, ni la manière dont le diagnostic a été établi. La prévalence moyenne de la dépendance sexuelle est néanmoins généralement estimée aux alentours de 3 à 6 % de la population générale (Coleman, 1992; Freimuth et al., 2008; Krueger & Kaplan, 2001; Kuzma & Black, 2008). Par ailleurs, même si nous manquons à l'heure actuelle d'études épidémiologiques récentes, il est très probable que la prévalence de ce trouble ait augmenté avec le développement et la démocratisation des sites à caractère sexuel sur Internet, et cela notamment à travers les sites proposant librement le visionnage de contenu pornographique que l'on peut regarder directement et souvent gratuitement en ligne.

Étiologie

Facteurs de risque

Les données existantes permettent d'établir trois types de facteurs de risque relatifs à la dépendance sexuelle et cybersexuelle : les facteurs sociodémographiques, les facteurs psychologiques et les facteurs instrumentaux (inhérents aux activités sexuelles sur Internet).

Facteurs sociodémographiques

Les études mettent en évidence une prévalence de la dépendance sexuelle plus élevée chez les hommes que chez les femmes. Le ratio homme/femme est généralement compris entre 3 et 5 hommes pour une femme présentant le trouble (Black, Kehrberg, Flumerfelt & Schlosser, 1997; Carnes, 1998; 2000; Kafka, 2010). Dans le cas de la dépendance cybersexuelle, les hommes représenteraient en effet deux tiers des utilisateurs de sites à caractère sexuel. Les hommes les consulteraient plus fréquemment que les femmes et se sentiraient plus à l'aise de les utiliser (Atwood, 1996). De plus, il a été constaté que les hommes et les femmes ne semblent pas utiliser les activités sexuelles en ligne de la même manière puisque les hommes préféreraient les sites Internet avec du contenu sexuel visuel (images ou vidéos pornographiques ou érotiques), cherchant ainsi une gratification immédiate, alors que les femmes préféreraient des activités plus interactives et indirectes, comme le *chat* sexuel ou le forum de discussion sur la

sexualité (Cooper et al., 1999b; Daneback, Cooper & Mansson, 2005).

Par ailleurs, plusieurs études mettent en avant le fait que la majorité des personnes présentant une addiction cybersexuelle aurait un niveau d'éducation élevé (enseignement supérieur de type universitaire ou non universitaire) et aurait un emploi ou serait étudiant (Cooper et al., 1999b; Daneback et al., 2005; Ross et al., 2012). De plus, la majorité d'entre eux seraient mariés ou dans une relation de couple (Cooper et al., 1999b; Daneback et al., 2006; Rossé-Brillaud & Codina, 2009).

Facteurs psychologiques : attachement, honte et trauma

Plusieurs études mettent en évidence une grande difficulté, chez les dépendants sexuels, à développer des relations intimes et un attachement à autrui. Ces difficultés proviendraient, en partie, d'influences environnementales et familiales. L'expérience clinique de quelques auteurs (Carnes, 1983, 1991; Schwartz, 1996) ainsi que plusieurs travaux de recherche (Faisandier, Taylor & Salisbury, 2012; Zapf, Greiner & Carroll, 2008) montrent que la présence d'un attachement de type insécure est plus fréquente chez les personnes dépendantes sexuelles, mettant ainsi en avant l'importance du développement précoce d'un attachement insécure dans l'origine de ce trouble. En outre, dans une étude de 2008 portant sur 35 hommes, Zapf et al. soulignent que 8 % des hommes du groupe présentant une addiction sexuelle ont un attachement de type sécure, contre 40 % dans le groupe contrôle. Par ailleurs, une étude italienne sur l'utilisation problématique d'Internet en général (Schimmenti, Passanisi, Gervasi, Manzella & Fama, 2013) rapporte que sur les 310 étudiants ayant participé à la recherche, les 78 du groupe présentant un problème de cyberdépendance affirmaient avoir davantage souffert d'expériences d'abus physique et sexuel dans l'enfance, et ils présentaient davantage des attitudes d'attachement de type insécure, essentiellement des préoccupations quant à leurs relations avec les autres.

Les sujets ayant une dépendance sexuelle rapportent fréquemment avoir été victimes d'abus sexuels durant l'enfance (Carnes, 1989, 1991; Codina, 2012; Ferree, 2003; Giugliano, 2006; Rossé-Brillaud & Codina, 2009). Ainsi, dans une étude de Carnes (1991) portant sur 233 hommes et 57 femmes, 81 % rapportent avoir vécu un abus sexuel. Dans une autre étude, Carnes retrouve que 39 % des hommes et 63 % des femmes présentant une dépendance sexuelle ont été sexuellement abusés durant leur enfance, comparativement aux 8 % d'hommes et aux 20 % de femmes du groupe contrôle. De même, dans une étude portant sur une population de femmes présentant une dépendance sexuelle, Ferree (2003) mentionne que 78 % d'entre elles rapportent des abus sexuels durant l'enfance. Dans une étude sur 539 étudiants, Perera, Reece, Monahan, Billingham et Finn (2009) trouvent que 78 % des participants ayant une addiction sexuelle ont une histoire d'abus sexuel durant l'enfance et ont grandi dans un environnement familial plus pauvre d'un point de vue interactionnel et relationnel. De plus, dans une étude qualitative portant sur 14 hommes qui s'auto-identifient comme ayant un problème de comportement sexuel, Giugliano (2006) indique que l'ensemble des sujets, à l'exception d'un, rapportent avoir vécu de la négligence parentale (par ex., manque de soins, d'éducation, d'hygiène, de présence,

d'attention et de disponibilité). De même, 9 personnes ont vécu des abus sexuels et 10, de l'inceste.

Dans une revue de la littérature réalisée en 2012, Aaron souligne l'existence d'une variété de réponses sexuelles à la suite d'un abus sexuel durant l'enfance. Ces réponses peuvent être conceptualisées sur un continuum allant d'un retrait sexuel d'un côté, à une hypersexualité de l'autre. Selon l'auteur, seuls deux facteurs distincts montrent une forte corrélation entre une inhibition sexuelle *versus* une hyperactivité sexuelle et des abus sexuels à l'enfance : 1) le genre de la victime et 2) l'âge au début de la victimisation (Kendall-Tackett, Williams & Finkelhor, 1993). Plus précisément, les garçons auraient plus tendance à externaliser leurs comportements en des agressions et des comportements sexuels compulsifs, alors que les filles internaliseraient leurs comportements au travers de symptômes dépressifs et anxieux (Heath, Bean & Feinayer, 1996; Najman, Dunne, Purdie, Boyle & Coxeter, 2005). Dès lors, les garçons victimes d'abus sexuels durant l'enfance ont une plus grande propension à développer des comportements hypersexuels, alors que les filles seraient à l'autre extrémité du continuum (Najman et al., 2005). Ces résultats pourraient en partie expliquer le taux de prévalence plus important d'addiction sexuelle chez les hommes. L'âge de la victime au moment de l'abus sexuel semble également avoir un impact significatif sur le comportement sexuel à l'âge adulte. Plus l'enfant est jeune au moment de l'abus (moins de 6 ans), plus il aurait de probabilité d'y répondre par des comportements sexuels externalisés (Kendall-Tackett et al., 1993).

Finalement, ces expériences traumatiques précoces (négligence, abus ou abandon) engendreraient fréquemment un sentiment important de honte (Fossum & Masson, 1989; Kaufman, 1989; Reid, 2010), une blessure dans l'estime et l'image de soi, et une croyance profonde de ne pas avoir de valeur (Adams & Robinson, 2001; Carnes, 2000). Les enfants se blâmeraient pour les manques de leur figure parentale et y verraient leur propre insuffisance. Ces messages internalisés à propos de soi seraient associés à des sentiments d'inutilité, d'impuissance et d'échec personnel (Wilson, 2000). La dépendance deviendrait alors une tentative de compenser ce manque et de dissimuler, à soi-même et aux autres, la douleur de cette honte centrale (Adams & Robinson, 2001). L'échec constant pour arrêter le comportement addictif viendrait encore confirmer cette croyance d'être fondamentalement mauvais et non aimable (Carnes, 2000).

Autres facteurs psychologiques

Certains modes de fonctionnement semblent émerger sur les raisons qui poussent ces individus vers le comportement addictif (Young, 2008). Fréquemment, celui-ci servirait à fuir ou à s'adapter à des problèmes de la vie quotidienne (stress, tristesse, faible estime de soi, etc.). Dans cette optique, le cybersexe peut être conceptualisé comme une stratégie d'adaptation dysfonctionnelle. Plusieurs études ont en effet révélé que la dépendance sexuelle est associée ou en réponse à des affects dysphoriques ou des événements de vie stressants (Black et al., 1997; Miner, Coleman, Center, Ross & Rosser, 2007; Reid, 2007; Reid & Carpenter, 2009). Cooper et al. (2002) mettent également en évidence des différences quant aux motivations à consommer de la cybersexualité. Au moyen d'un échantillon de 7037 individus, les auteurs montrent que les personnes qui consomment de la cybersexualité de manière « récréative » le font davantage pour

l'éducation et pour acquérir des images ou des vidéos sexuelles, alors que les utilisateurs problématiques en consomment davantage pour faire face au stress et pour s'engager dans des activités sexuelles qu'ils n'auraient pas dans la vie « réelle ». De la même manière, d'autres auteurs (Cooper et al., 1999a; Putnam & Maheu, 2000) suggèrent que des vulnérabilités individuelles (anxiété, stress et difficultés interpersonnelles) peuvent augmenter la propension de la personne à des comportements addictifs parce que l'acte sexuel élimine temporairement leur état dysphorique.

Certaines études se sont également intéressées aux comorbidités de la dépendance sexuelle. Ainsi, les auteurs mettent en évidence la présence de dépression, de dysthymie, de troubles anxieux et d'abus de substances (Black et al., 1997; Kafka & Hennen, 2002; Kafka & Prentky, 1994; Raymond, Coleman & Miner, 2003). De plus, plusieurs études menées par Carnes (1991, 2000, 2001) montrent la présence fréquente d'autres addictions, comme la dépendance à une substance, des troubles du comportement alimentaire et d'autres addictions comportementales (travail, achats ou dépenses et jeu). Par ailleurs, une grande majorité (plus de 70 %) des patients présentant une dépendance sexuelle signale des symptômes de sevrage entre les épisodes sexuels. Ces symptômes spécifiques sont de l'anxiété, de l'insomnie, une asthénie, des sueurs, des nausées, une tachycardie et une dyspnée (Karila, Zarmidini, Lagadec, Petit & Coscas, 2014b).

Les données sont encore peu nombreuses et des études ultérieures demeurent nécessaires afin de mieux déterminer les facteurs psychologiques impliqués dans le trouble cybersexuel. En particulier, certains facteurs jouant un rôle dans l'étiologie des conduites addictives n'ont fait que trop peu l'objet d'investigations dans le cadre de la dépendance cybersexuelle. C'est notamment le cas de l'impulsivité et des capacités d'autorégulation (par ex., capacités à inhiber des schémas de réponse dominants, capacités de prise de décision), qui ont été montrés comme facteurs clés impliqués dans le développement et le maintien des conduites d'addiction (pour une revue, voir par ex. Billieux, 2012). Par ailleurs, les facteurs sexologiques, tels que les comportements, les croyances et les motivations sexuelles, ou encore la fonction sexuelle, ont également été très peu étudiés et il pourrait être pertinent à l'avenir de mener des études pour les investiguer.

Facteurs instrumentaux

Les facteurs dits « instrumentaux » sont ceux directement liés à « l'outil Internet ». En effet, Internet est caractérisé par certaines propriétés susceptibles de renforcer le pouvoir « addictogène » de certaines activités, y compris l'engagement dans des activités de type cybersexuel. Ces propriétés ont été principalement décrites par Cooper, (1998) et Cooper et al. (1999, 2004) comme étant l'accessibilité, la disponibilité et l'anonymat offerts par Internet. Les sites à caractère sexuel peuvent en effet être consultés en ligne 7 jours sur 7, à toute heure (accessibilité), une grande partie de ces sites sont gratuits ou accessibles à moindre coût (disponibilité) et l'utilisation d'Internet permet de protéger son identité en restant caché derrière son écran d'ordinateur (anonymat). Young, Cooper, Griffiths-Shelley, O'Mara & Buchanan (2000) suggèrent un modèle alternatif nommé ACE (pour anonymat, commodité et évitement) proposant qu'Internet offre un climat permissif qui encourage les activités sexuelles en ligne. Selon eux, cette permissivité sexuelle serait liée à trois variables propres à l'outil Internet : 1) l'anonymat qui offre à l'utilisateur un

sentiment de contrôle des contenus et de la nature des expériences en ligne. Cet anonymat permet de se sentir plus à l'aise et de se dévoiler, sans peur d'être jugé; 2) la commodité offerte par les applications interactives qui permet de facilement rencontrer de nouvelles personnes, mais aussi de justifier et de rationaliser l'impact et la portée des activités cybersexuelles par le fait qu'il n'y a pas de contacts physiques réels avec autrui; 3) l'évitement offerte par Internet dans laquelle l'expérience cybersexuelle permet de fuir une situation émotionnelle ou relationnelle difficile, un stress ou des contraintes de la vie quotidienne. Il est ainsi extrêmement facile, pour une personne « à risque », de s'adonner à la cybersexualité dans une variété de contextes, sans risquer de se faire identifier, rapidement, et en disposant d'un accès à une gamme quasi illimitée de contenus pornographique.

Évaluation

Avec l'augmentation du nombre d'études sur la dépendance sexuelle et cybersexuelle, un nombre croissant de mesures d'autoévaluation et de dépistage ont été élaborées et validées (pour une revue exhaustive des différents outils d'évaluation, voir Hook, Hook, Davis, Worthington & Penberthy, 2010 et Karila et al., 2014a). Néanmoins, il est encore difficile pour les cliniciens et les chercheurs francophones d'évaluer ce trouble à l'aide d'instruments validés en langue française. En effet, bien qu'il existe un ensemble de questionnaires élaborés par divers auteurs pour mesurer la dépendance sexuelle et cybersexuelle, ces outils ont été créés et validés exclusivement en anglais. La grande variété des outils existants peut être expliquée par l'absence de consensus sur la définition du trouble et ses critères diagnostiques. Par ailleurs, comme le soulignent Hook et al. (2010), la qualité psychométrique des échelles de mesure existantes est globalement faible, et de nouvelles études de validation doivent être envisagées. Parmi les principales limitations, nous pouvons citer : 1) l'absence de seuils valides pour détecter les sujets pathologiques; 2) le recours à des populations très spécifiques (par ex., plusieurs instruments ont uniquement été testés dans des échantillons spécifiques); 3) une importante variabilité quant au format de réponse (dimensionnelle vs catégorielle) ou à la structure factorielle (Karila et al., 2014a). De plus, la majorité des questionnaires anglophones permettent de quantifier les symptômes ou les conséquences résultant de la dépendance sexuelle, et il n'existe pas d'outil permettant de mesurer les motivations sous-jacentes aux comportements sexuels ou la fonction du trouble. Relevons également que la dépendance cybersexuelle regroupe un grand nombre de conduites différentes (par ex., utilisation de pornographie, sexe via webcam, ou encore participation à des jeux vidéo cybersexuels dans des environnements 3D) plus ou moins susceptibles de devenir excessives, et non forcément liées à des facteurs de risque identiques. D'autres études sont donc nécessaires pour mieux valider les outils existants, par exemple, pour l'établissement de normes fiables dans des échantillons représentatifs, permettant de cibler les activités cybersexuelles incriminées.

Depuis les années 80, Carnes n'a cessé de développer et d'améliorer des instruments d'évaluation de la dépendance sexuelle. Le Sexual Addiction Screening Test (SAST; Carnes, 1989) fut l'un des premiers outils créé pour mesurer les symptômes de la dépendance sexuelle. Le SAST comprend 25 items dichotomiques permettant de mesurer les symptômes de la dépendance sexuelle

chez les hommes hétérosexuels. Le score est compris entre 0 et 25, et un score de 13 ou plus suggère la présence d'une addiction sexuelle. Dans 96,5 % des cas, ce score limite (*cutoff*) de 13 permettrait de bien cerner les personnes dépendantes (Carnes, 1989). La consistance interne du questionnaire a été mesurée dans quatre échantillons, et les coefficients alpha pour le score total étaient compris entre 0,85 et 0,95. Le SAST fait preuve d'une validité convergente, et il est lié à d'autres mesures de la dépendance sexuelle, telles que l'Internet Sex Screening Test ou le Garos Sexual Behaviour Index (Delmonico & Miller, 2003; Garos & Stock, 1998). Depuis cette première version du SAST, Carnes a développé trois autres versions de cet instrument—le WSAST (pour les femmes), le GSAST (pour les hommes homosexuels) et le SAST-R (pour les hommes et les femmes hétéros et homosexuels). Cependant, le WSAST et le GSAST ont fait l'objet de peu de recherches appuyant leur utilité. En conséquence, les auteurs ont élaboré une nouvelle version du SAST : le SAST-R, applicable tant aux hommes qu'aux femmes, quelle que soit leur orientation sexuelle. Cet outil permet de mesurer la consommation de cybersexualité, les préoccupations sexuelles, le sentiment de perte de contrôle, les troubles relationnels et les troubles affectifs. La consistance interne de cette nouvelle version est bonne et se compare positivement aux 25 items du questionnaire original (Carnes, Green & Carnes, 2010). Finalement, Carnes et al. (2012) ont récemment établi le PATHOS, un instrument court de 6 items dichotomiques, basé sur le SAST-R et permettant de mesurer les préoccupations, le sentiment de honte, le fait d'avoir blessé autrui, la recherche d'aide, la perte de contrôle ainsi que la tristesse face au comportement sexuel problématique. Le score au PATHOS peut aller de 0 à 6, et le score limite (*cutoff*) est de 3. La consistance interne du questionnaire est bonne et les coefficients alpha pour le score total varient entre 0,92 et 0,94.

En ce qui concerne spécifiquement la dépendance cybersexuelle, les instruments sont beaucoup moins nombreux que pour la dépendance sexuelle. L'Internet Addiction Test (Young, 1998) a été un des premiers questionnaires visant à mesurer les plaintes liées à l'usage excessif d'Internet et les symptômes de la cyberaddiction. Le questionnaire présente 20 items sur une échelle de Lickert en 5 points, le score allant de 20 à 100. Selon Young (1998), un score égal ou supérieur à 50 suggère des problèmes fréquents liés à l'usage d'Internet. Cependant, l'étude de Lortie et Guitton (2013) suggère l'utilisation d'un score limite (*cutoff*) de 70 pour déterminer la présence d'une utilisation pathologique d'Internet afin d'éviter les faux positifs. Le questionnaire existe dans une version anglaise (Young, 1998) et dans une version française (Khazaal et al., 2008), et il a également été adapté dans plusieurs autres langues. En 2013, Pawlikowski, Altstötter-Gleich, & Brand proposent une version courte de l'IAT comprenant 12 items sur une échelle de Lickert en 5 points et présentant une structure en deux facteurs. La consistance interne est comprise entre 0,84 et 0,85. Finalement, Brand et al. (2011) proposent d'adapter l'IAT à l'utilisation excessive de cybersexualité. Pour cette version nommée IAT-sexe, les auteurs remplacent les termes « en ligne » et « Internet » par les termes « activités sexuelles en ligne » et « sites sexuels sur Internet ». Cette version modifiée du questionnaire est utilisée afin de mesurer les plaintes et les symptômes liés à la consommation de cybersexualité. La consistance interne rapportée de l'IATsexe est de 0,84. Une adaptation française du PATHOS (appelée PEACCE) et de la version courte

en 12 items de l'IATsexe sont en cours de validation (Wéry, Burnay, Karila & Billieux, 2014).

Traitement

Peu de recherches empiriques ont été menées sur l'efficacité de la prise en charge des addictions cybersexuelles. Cela est en partie dû au flou conceptuel entourant la notion, la symptomatologie et l'étiologie du trouble. Plusieurs auteurs s'accordent sur l'efficacité d'une approche intégrative combinant des méthodes cognitivo-comportementales, psychosociales, psychodynamiques et pharmacologiques (Klontz, Garos et Klontz, 2005; Orzack et al., 2006; Wan, Finlayson & Rowles, 2000). Cependant, il n'existe pas de données probantes sur l'efficacité d'un traitement en particulier. D'une part, en ce qui a trait à la pharmacologique, aucun essai clinique contrôlé n'a été mené chez des patients souffrant de troubles addictifs sexuels à ce jour. Une étude randomisée de 12 semaines a montré l'effet d'un antidépresseur (citalopram 20–60 mg) de la famille des inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) sur le désir sexuel, la libido, la fréquence de la masturbation et l'utilisation de la pornographie (Wainberg et al., 2006). Des études ouvertes et des cas rapportés avec la fluoxétine (Kafka & Prentky, 1992), d'autres ISRS (Stein et al., 1992), la naltrexone (Bostwick & Bucci, 2008) et le topiramate (Khazaal & Zullino, 2006) ont montré une tendance dans la réduction de la fréquence des comportements sexuels excessifs.

D'autre part, sur le plan clinique, seules quelques études fournissent des données empiriques concernant l'efficacité de la psychothérapie pour le traitement de la dépendance sexuelle. Ainsi, en 1985, Quadland réalise une étude sur le traitement du comportement sexuel compulsif dans un groupe d'hommes gais et bisexuels. Lors de l'étude, conduite sur deux ans, les participants ont assisté chaque semaine à un groupe thérapeutique. Le traitement se centrait sur la conscientisation afin de mieux comprendre les besoins des sujets, leur désir de sexualité et de changer leur comportement sexuel. Les résultats montrent une réduction significative du nombre de partenaires sexuels, du pourcentage de partenaires sexuels vus à une seule occasion, du pourcentage de relations sexuelles dans des lieux publics et de la consommation d'alcool ou de drogue lors des conduites sexuelles.

L'étude de Wan et al. (2000), réalisée auprès de 59 personnes, propose quant à elle une approche combinant de la psychoéducation sur la dépendance sexuelle, des groupes d'entraide pour l'entourage des sujets, des séances thérapeutiques individuelles avec la famille ou le partenaire ainsi que des rencontres selon la formule des 12 étapes. Les résultats révèlent 71 % de rechute, mais malgré cela, la majorité des sujets rapporte une diminution de la fréquence des comportements sexuels problématiques après le traitement, moins de dépenses financières associées au comportement sexuel, une augmentation de la qualité de vie, un sentiment de contrôle de la dépendance et de confiance à maintenir cette guérison.

Dans une étude réalisée en 2005, Klontz et al. proposent une thérapie de groupe intégrant des techniques expérientielles et cognitivo-comportementales, avec des techniques de réduction de la honte, de la psychoéducation, du psychodrame et l'utilisation de jeux de rôle, le tout selon une perspective et des théories inspirées de la psychologie humaniste existentielle et de la thérapie systémique. Les chercheurs suggèrent également l'intégration de tech-

niques d'art thérapie, de sculpture familiale et des techniques psychocorporelles venant de la Gestalt. Les résultats de l'étude réalisée auprès de 38 personnes montrent une diminution des symptômes dépressifs (avec augmentation de l'espoir, de l'intérêt retrouvé pour des activités et de l'estime de soi), une réduction des symptômes obsessionnels-compulsifs (avec diminution des pensées intrusives, des compulsions et des conduites sexuelles problématiques), et une atténuation des symptômes anxieux (avec amoindrissement des inquiétudes, de la tension, des tremblements, des attaques de panique et des sentiments d'appréhension et de crainte). Les données de cette étude révèlent aussi un effet significatif du traitement sur les obsessions sexuelles, marqué par une diminution des préoccupations sexuelles et une augmentation du contrôle des impulsions.

Finalement, Orzack et al. (2006) ont mis en place un travail psychoéducatif de groupe associant des techniques d'entretien motivationnel et de préparation au changement basé sur les six étapes de l'engagement—précontemplation, contemplation, détermination, action, maintien et rechute—accompagnées de techniques cognitivo-comportementales—par exemple, l'identification et la modification des cognitions inadaptées au travers de rétroactions et de l'élaboration de nouvelles stratégies d'adaptation. Les résultats montrent une augmentation de la qualité de vie et une diminution de la sévérité des symptômes dépressifs, mais pas de modification de l'utilisation problématique d'Internet, ce qui, selon les auteurs, pourrait être dû à un mauvais choix du questionnaire utilisé pour évaluer les changements sur ce plan.

Dans la littérature, on retrouve également des données sur différentes approches thérapeutiques, et aussi bien sur une prise en charge individuelle, que de couple, de groupe ou sur des programmes en ligne. Bien que ces modalités de traitement soient différentes, certains éléments semblent se répéter au travers des études effectuées. Étant donné la grande hétérogénéité des approches suggérées, nous nous proposons de clarifier les connaissances actuelles sur le traitement de la cyberaddiction en considérant les interventions efficaces sur base des facteurs de risque établis dans la littérature.

Interventions ciblées sur les facteurs de risque

Facteurs psychologiques : attachement, honte et trauma

Le manque de capacités à créer ou à maintenir une intimité émotionnelle avec un partenaire, avec les membres de la famille et avec soi-même est central dans le traitement de la dépendance cybersexuelle (Adams & Robinson, 2001; Orzack & Ross, 2000). Adams et Robinson (2001) insistent sur la difficulté pour les personnes dépendantes de vivre une relation d'intimité saine, difficulté issue des problèmes d'attachement infantile et de ses conséquences sur les attentes et les croyances à propos de soi et des autres. Les auteurs insistent sur l'importance, pour l'intervenant, d'intégrer le concept d'attachement dans l'intervention, la sexualité pouvant servir à gérer l'anxiété générée par l'expérience affective avec autrui chez des personnes n'ayant pas pu bénéficier d'interactions saines et positives avec une ou des figures d'attachement durant l'enfance. Orzack et Ross (2000) insistent aussi sur l'importance d'un travail dans lequel le rapport à l'autre

et à la sexualité serait central, afin de trouver ou de retrouver une réelle intimité et d'augmenter la communication avec autrui. Finalement, Parker et Guest (2003) insistent sur l'importance de se centrer sur le développement d'habiletés à former des relations avec autrui, par exemple, le travail sur les habiletés sociales avec le clinicien, la diminution de l'anxiété relationnelle, la réduction de l'isolement.

Par ailleurs, plusieurs auteurs mettent l'accent sur l'importance d'intégrer au centre de l'intervention le sentiment de honte ressenti par les personnes dépendantes (Adams & Robinson, 2001; Carnes, 1983; Fearin, 1998; Klontz et al., 2005; Orzack et al., 2006; Parker & Guest, 2003). Adams et Robinson (2001) proposent une intervention psychologique dans laquelle le travail sur le sentiment de honte est central. Les auteurs insistent sur l'importance de l'exploration du sens et de l'origine de la honte et du comportement sexuel. Pour ce faire, ils proposent plusieurs stratégies : 1) offrir de la psychoéducation et du soutien en informant la personne sur la honte et sur son rôle dans la dépendance; 2) aider les personnes à interrompre leurs stratégies inefficaces et tenter de développer un contrôle des impulsions sexuelles; 3) élaborer un inventaire en listant les incidents de la perte de contrôle, les conséquences ou les potentielles conséquences du comportement et les sentiments à l'égard de ces incidents; 4) réaliser un travail d'auto-observation et d'acceptation des émotions, notamment de la honte, mais aussi les sentiments d'inadéquation, de mépris, de solitude, de tristesse et de colère.

Chez certains individus, le sentiment de honte serait la conséquence d'un trauma infantile (Adams & Robinson, 2001). Le travail sur la réduction des sentiments négatifs rattachés au trauma originel serait alors essentiel dans ces situations. Les sentiments négatifs, notamment la honte, résulteraient en effet fréquemment d'une enfance « traumatisante » empreinte de négligence, d'abus ou d'abandons qui serait à la base de l'identité fragilisée de la personne. Les auteurs interprètent alors la conduite addictive comme un moyen de compenser cette blessure et de cacher, à soi et aux autres, la douleur de cette honte centrale. Adams et Robinson (2001) proposent que de nouvelles croyances à propos de soi, des autres et de l'intimité soient mises en place à l'aide de plusieurs stratégies : 1) la participation à une thérapie de groupe afin que le sujet se confronte au regard des autres et comprenne qu'il n'est pas seul dans sa situation; 2) la modification des croyances négatives centrales liées au trauma initial (par ex., « On ne peut pas faire confiance aux gens ») qui altèrent le fonctionnement adulte et contribuent aux comportements dysfonctionnels, et l'introduction de nouvelles croyances positives permettant d'amener une vision nouvelle de soi et des autres; 3) l'utilisation de techniques expressives (par ex., dessin de soi en tant qu'enfant, dessin de la famille, sculptures familiales) afin d'aider la personne à exposer son sentiment de honte. Les personnes ayant une dépendance sexuelle minimisent en effet souvent leur abus et en dénie les répercussions à long terme. Wilson (2000) suggère donc l'utilisation de techniques expressives afin d'aider l'individu à faire la connexion entre les abus durant l'enfance et les comportements addictifs à l'âge adulte. De façon similaire, Creeden (2004) adapte le modèle de traitement du trauma de Van der Kolk, McFarlane & Van der Hart (1996) à la dépendance sexuelle. L'auteur propose de suivre cinq phases successives dans le traitement : 1) la stabilisation, comprenant de la psychoéducation, l'identification des sentiments et la mise en place de nouvelles

stratégies d'autorégulation, à l'aide, par exemple, de la musicothérapie ou de la relaxation; 2) le déconditionnement des souvenirs traumatiques et des réponses associées par le lien entre le trauma et le vécu émotionnel, par le récit de l'expérience traumatique et par la modification des croyances à propos de soi et des autres; 3) la restructuration des schémas personnels traumatiques par la prise de conscience des distorsions cognitives et du poids des croyances; 4) la restauration de connexions sociales sécurisantes et le travail sur l'efficacité personnelle; 5) l'accumulation d'expériences émotionnelles réparatrices.

Motivations au changement

Plusieurs études (Del Giudice & Kutinsky, 2007; Khazaal et al., 2012; Orzack, 1999; Young, 1999) suggèrent de favoriser rapidement la prise de conscience et de réduire l'ambivalence ressentie à l'égard du trouble cybersexuel. En effet, beaucoup de personnes présentant ce problème tendent à minimiser, voire à dénier leurs difficultés (Young, 1999). Landau, Garrett et Webb (2008) constatent en outre que dans leur pratique clinique, le premier appel téléphonique émane le plus souvent d'un proche et pas de la personne présentant le problème de consommation. Dès lors, afin d'augmenter l'introspection et la motivation au traitement (et de passer du stade de la pré-contemplation à celui de la contemplation, voire de l'action), certains auteurs proposent une exploration des motivations, de la dynamique, et des fonctions de la problématique du patient (Codina, 2012; Khazaal et al., 2012; Venisse & Grall-Bronnec, 2012). Cette prise de conscience des difficultés peut se faire en invitant les personnes à reconnaître les conséquences de leur trouble sexuel, par exemple le fait qu'ils aient perdu des activités ou des relations importantes de leur vie (Khazaal et al., 2012). Les techniques d'entretien motivationnel (importance de l'alliance thérapeutique, non jugement, renforcement du sentiment d'efficacité personnelle, travail sur l'ambivalence, prise en compte des résistances) qui encouragent l'individu à s'engager dans le traitement peuvent alors être bénéfiques (Del Giudice & Kutinsky, 2007; Orzack, 1999).

Régulation des affects

Il semble également essentiel d'insister sur la prise de conscience, par le patient, que la dépendance cybersexuelle peut constituer, dans certains cas, une stratégie de régulation des émotions et que le comportement sexuel peut permettre de se détendre, d'oublier, ou encore de reprendre le contrôle sur des émotions pénibles ou sur des événements de vie négatifs. En outre, cette stratégie de régulation émotionnelle est souvent non consciente et la mise en exergue de celle-ci par le clinicien permet de spécifier la fonction de régulation émotionnelle du comportement problématique. Une fois la prise de conscience opérée, le clinicien permet à la personne de se rendre compte que la compulsion sexuelle sert à réduire les émotions négatives à court terme, mais qu'elle engendre une variété de conséquences négatives à moyen et long terme, favorisant ainsi la répétition constante du passage à l'acte cybersexuel (Codina, 2012; Venisse & Grall-Bronnec, 2012). La dépendance cybersexuelle ne doit donc pas être uniquement perçue comme le problème, mais comme la solution à un problème sous-jacent, un moyen pour l'individu de réguler ses états internes (Adams & Robinson, 2001; Codina, 2012; Parker &

Guest, 2003; Perera et al., 2009; Meili & Pfeifer, 2011; Southern, 2008; Young, 2007).

Une fois effectuée la prise de conscience du trouble et de son rôle comme mode de régulation des émotions, le travail sur la régulation des affects en tant que tel peut débuter. Goodman (1990) encourage les cliniciens à travailler sur le développement de moyens adaptés pour répondre aux émotions, aux besoins et à la résolution de conflits. De la même manière, Line et Cooper (2002) insistent sur l'importance de développer un plus grand nombre de stratégies d'adaptation effectives pour gérer les émotions et les situations difficiles. Ils suggèrent d'apprendre à remplacer des stratégies inefficaces, à savoir le passage à l'acte sexuel, par des stratégies plus saines, comme rechercher le soutien d'autrui, parler de ses sentiments et de ses problèmes. Pour Adams et Robinson (2001), il existe quatre domaines majeurs à considérer dans le développement de la régulation des affects afin de développer et de maintenir l'intimité : 1) la compréhension du sens des affects concernant les états internes sensoriels; 2) la compréhension de l'échec du développement d'un attachement sécurisé sur la régulation des affects (l'absence d'interactions positives avec un adulte qui prend soin de l'enfant engendre le développement de stratégies d'adaptation inadaptées, comme l'utilisation de la sexualité pour se rassurer ou chercher l'amour et l'attention d'autrui); 3) la compréhension du rôle joué par la dérégulation des affects dans le trouble de l'intimité et dans la dépendance sexuelle (l'utilisation de la sexualité comme moyen de gérer le niveau d'anxiété créé par l'expérience affective avec autrui, et la fuite d'une intimité relationnelle au travers du comportement sexuel compulsif); et 4) la compréhension des implications thérapeutiques de la régulation des affects et le processus d'établissement et de maintien d'une intimité saine, notamment au travers de l'établissement d'une relation réciproque de confiance et de non-jugement avec le thérapeute. Adams et Robinson (2001) proposent également l'utilisation de techniques simples, comme l'identification de ses propres émotions, le travail sur le vocabulaire émotionnel, la communication des états internes, ainsi que des techniques de relaxation et des exercices de respiration.

Par ailleurs, d'autres techniques dont l'efficacité dans la gestion des émotions a été démontrée pourraient être bénéfiques pour les personnes dépendantes à la cybersexualité. Nous pensons ici aux interventions basées sur l'acceptation des émotions. Premièrement, la thérapie de Greenberg (2002) centrée sur les émotions semble pouvoir offrir des pistes pertinentes. Cette thérapie comporte différentes phases, dont la première consiste à prendre conscience de l'émotion (focalisation de l'attention sur les sensations corporelles et prise de conscience des pensées et des images mentales qui accompagnent ces sensations), à accepter l'émotion (encouragement à ne pas tenter de réprimer les émotions, mais à s'autoriser à les ressentir, à les observer et à apprendre ce qu'elles révèlent), et à explorer la signification de l'émotion (encouragement de la verbalisation des expériences émotionnelles). La seconde phase vise d'abord à évaluer si les émotions sont saines ou pas en se projetant dans des scénarios futurs afin d'imaginer les conséquences de l'émotion et de distinguer si elle apporte des informations utiles ou si elle est la conséquence d'une blessure irrésolue, et ensuite à amener un changement des émotions non saines (identifier les croyances destructrices attachées aux émotions inadaptées; faciliter les émotions alternatives adaptées; Philippot, 2011). Deuxièmement, les interventions basées sur la pleine con-

science et qui reposent sur l'identification et l'exploration active des émotions dans l'ici et maintenant, sans jugement de celles-ci, paraissent également utiles. Selon Heeren et Philippot (2010), plusieurs études ont démontré l'efficacité de l'apprentissage de la pleine conscience pour la prévention de la rechute dépressive, le traitement du trouble dépressif chronique, du trouble anxieux généralisé, de la boulimie, de la détresse psychologique et du déficit de l'attention avec hyperactivité, et également, dans des échantillons non cliniques, pour la réduction du niveau général de psychopathologie, de l'intensité et de la fréquence des émotions négatives et du niveau d'anxiété générale (voir Heeren & Philippot, 2010). La méthode de la pleine conscience accorde une place essentielle à l'acceptation de l'émotion vécue, un réel changement émotionnel n'étant possible qu'après reconnaissance et acceptation de la détresse émotionnelle ressentie. Des techniques d'auto-observation des réactions émotionnelles y sont également primordiales puisqu'elles permettraient à la fois une plus grande connaissance de soi et des conséquences des réactions émotionnelles, et la possibilité d'envisager des réactions alternatives et l'agrandissement du registre comportemental (Heeren & Philippot, 2010). Par ailleurs, Bowen, Chawla et Marlatt (2011) proposent un modèle combinant l'approche *mindfulness* et des techniques de prévention de la rechute (Mindfulness-based relapse prevention; MBRP) pour les personnes dépendantes. Ce modèle pourrait s'avérer un complément utile afin de prévenir les rechutes et de maintenir les acquis effectués lors d'un travail thérapeutique avec des personnes dépendantes à la cybersexualité. Finalement, une étude récente (Reid, Bramen, Anderson & Cohen, 2014), menée auprès de 40 hommes dépendants sexuels, révèle que l'approche *mindfulness* permettrait de réduire les fantasmes, les pulsions et les comportements sexuels problématiques. Néanmoins, l'étude menée se base sur des corrélations et ne permet pas de mettre en avant un lien de causalité entre les variables. De futures études devront être menées afin de percevoir quels aspects de la pleine conscience permettent de réduire les comportements hypersexuels et leurs conséquences. Les techniques de pleine conscience semblent donc une approche à examiner à l'avenir dans le cadre du traitement de la dépendance sexuelle et cybersexuelle.

Comorbidités

Les comorbidités de la dépendance cybersexuelle sont fréquentes (autre dépendance avec ou sans substance, dépression, trouble hyperactif avec déficit de l'attention et troubles anxieux) et doivent donc être cernées et prises en compte par les intervenants lors de la prise en charge psychologique. Meili et Pfeifer, (2011) et Hartman, Ho, Arbour, Hambley et Lawson (2012) insistent sur ce point, notamment pour les personnes présentant des abus de substance, puisque la consommation abaisse le seuil d'inhibition, favorise le passage à l'acte sexuel et les comportements sexuels à risque, et diminue le sentiment de honte éprouvé. De plus, pour les personnes présentant des troubles de l'humeur, il semble essentiel que celles-ci soient prises en charge puisque la dépendance cybersexuelle serait régulièrement une stratégie pour les individus d'échapper à leurs humeurs négatives (Meili & Pfeifer, 2011). Comme pour les autres addictions comportementales, l'approche thérapeutique appropriée devrait combiner des traitements psychologiques et pharmacologiques (Dawson & Warren, 2012). Le

traitement des comorbidités somatiques et psychiatriques doit donc être intégré dans le processus thérapeutique.

Facteurs instrumentaux

Certaines stratégies comportementales ont été proposées (Khazaal et al., 2012; Young, 1999) afin de réduire l'accès trop aisé à un ordinateur et à une connexion Internet. Les auteurs proposent de : 1) prescrire des tâches d'auto-observation des activités sexuelles sur Internet et du temps passé en ligne et déterminer ce qui les déclenche; 2) travailler sur la gestion du temps en adoptant des activités alternatives hors ligne, en cernant le profil d'utilisation problématique, en introduisant des stoppeurs externes (par ex., réveil annonçant la fin du temps de connexion; mise de l'ordinateur dans une pièce commune de l'habitation) et en planifiant les sessions en ligne (par ex., à l'aide d'un calendrier).

Facteurs sexologiques

Le rôle des facteurs sexologiques a été peu étudié jusqu'à présent. Cependant, il paraît évident que ces derniers ont une part importante dans le comportement addictif cybersexuel. Ils sont ainsi susceptibles de refléter des préoccupations et des craintes liées à la relation à l'autre, à l'intimité, au corps et à la sexualité. Comme le mentionnent Delmonico, Griffin et Carnes (2002), il semble essentiel de promouvoir une nouvelle sexualité plus saine et de trouver un moyen, propre à chaque individu, de rendre les relations sexuelles hors ligne plus gratifiantes. En effet, le but du travail thérapeutique n'est pas uniquement de supprimer le comportement cybersexuel problématique, mais bien de le remplacer par un comportement sexuel plus épanouissant pour la personne.

Dans la littérature, le modèle proposé par Edwards (2012) basé sur l'application du modèle de santé sexuelle (Robinson, Bockting, Rosser, Miner & Coleman, 2002) à la cybersexualité paraît intéressant dans le cadre de la prévention et du traitement du trouble. L'hypothèse sous-tendue par ce modèle est qu'une personne instruite face à la sexualité et à l'aise avec celle-ci a plus de chance de faire des choix sexuels plus sains. Ce modèle de santé sexuelle se base sur diverses composantes : 1) parler de sexualité afin de faire l'analyse de celle-ci et de percevoir les points clés de la sexualité de la personne; 2) s'intéresser aux valeurs et aux stéréotypes de l'individu afin d'examiner l'impact de l'héritage culturel et social sur son identité sexuelle, ses attitudes et ses comportements; 3) interroger et informer l'individu sur son anatomie sexuelle et sur la fonction sexuelle; 4) interroger et informer l'individu sur la santé et l'hygiène sexuelles; 5) investiguer les barrières à la santé sexuelle (par ex., problèmes de santé mentale, abus sexuels, abus de substance); 6) encourager une image de soi positive et réaliste ainsi qu'une acceptation de soi (par ex., travail sur la perception des corps « parfaits » sur Internet et sur l'impact de ces images sur la perception de son corps et de ses organes génitaux); 7) clarifier la pratique de la masturbation, des fantasmes et du matériel sexuellement explicite et diminuer la honte et la culpabilité associées à ceux-ci; 8) focaliser sur une sexualité positive incluant de la sensualité, des limites sexuelles et des compétences sexuelles permettant de donner et de recevoir du plaisir; 9) insister sur la connaissance de l'intimité et la gestion de celle-ci; 10) explorer les valeurs éthiques, morales et spirituelles, et leur impact sur le comportement sexuel. Le modèle proposé par Edwards

(2012) renvoie donc à l'importance de l'éducation sexuelle, tant à titre de mesure préventive que de partie intégrante du travail thérapeutique. Ce dernier souligne que plusieurs études (voir [Robinson et al., 2002](#)) ont mis en avant l'utilité du modèle de santé sexuelle dans la réduction des comportements sexuels à risque, essentiellement du VIH. Cependant, à ce jour, aucune étude n'a été menée sur l'utilisation de ce modèle dans le traitement de problèmes sexuels en ligne.

Modalités de traitement

Après avoir décrit les différents types d'interventions psychologiques proposés pour traiter les personnes dépendantes à la cybersexualité, nous décrivons ici les différentes modalités de traitement dans lesquelles elles peuvent prendre place.

La thérapie de couple

Il existe peu d'études réalisées sur le travail auprès des couples dont l'un des deux partenaires présente une dépendance cybersexuelle. Pourtant, les études menées sur les caractéristiques des personnes présentant une addiction cybersexuelle mettent en avant le fait que celles-ci sont fréquemment dans une relation de couple ([Cooper et al., 1999b](#); [Daneback et al., 2006](#); [Rossé-Brillaud & Codina, 2009](#)) et que le comportement cyberaddictif engendre régulièrement des conséquences négatives pour le partenaire et plus largement pour la relation. De plus, la dépendance sexuelle étant fréquemment perçue comme un trouble de l'intimité et de l'attachement, le travail avec le partenaire pourrait s'avérer essentiel dans la prise de conscience de l'origine du trouble, de sa fonction et de son rôle dans la dynamique du couple. Finalement, comme le constatent [Landau et al. \(2008\)](#), les proches sont souvent en détresse lorsqu'ils découvrent la consommation cybersexuelle de leur conjoint ou de leur enfant. Ils se sentent souvent trahis et honteux face à cette situation. Les auteurs proposent alors une méthode d'intervention qui vise, d'une part, à mobiliser les proches (souvent le conjoint) pour motiver la personne dépendante qui est résistante à entrer dans un processus de traitement, et d'autre part, à entendre la détresse du partenaire et à l'aider à composer avec cette situation difficile.

Par ailleurs, une étude qualitative ([Zitzman & Butler, 2005](#)), réalisée auprès de six couples hétérosexuels ayant consulté pour un problème de dépendance sexuelle chez le partenaire masculin, permet d'identifier des pistes de réflexion intéressantes pour les intervenants. Ces auteurs ont mis en avant une série de facteurs que les couples rapportent avoir été aidants durant le travail thérapeutique : 1) le fait de travailler ensemble a permis la restauration de la vérité, le recours à l'honnêteté et à la communication ouverte grâce à la présence du thérapeute; 2) l'observation directe des efforts du conjoint, de son implication et des progrès effectués permettrait de renforcer le couple, de maintenir son unité et d'augmenter le soutien mutuel (attitude de collaboration plutôt que d'individualisation); 3) la psychoéducation à propos de la consommation de pornographie et de la dynamique addictive serait un facteur important et semble leur permettre de comprendre deux éléments essentiels. Premièrement, les femmes, en connaissant le cycle addictif, comprennent aussi qu'arrêter de consommer n'est pas une simple question de volonté, mais que c'est un processus plus complexe lié à une variété de facteurs individuels et contex-

tuels. Deuxièmement, l'éducation permettrait de « séparer » la femme du problème sexuel, c'est-à-dire de comprendre que la dépendance sexuelle de leur mari n'est pas forcément liée à elle, mais qu'à nouveau, cela provient souvent d'un processus plus complexe, dont peuvent faire partie des difficultés conjugales. Ces informations paraissent permettre d'externaliser le problème et de mobiliser les conjointes pour aider leur partenaire à se sortir du cycle addictif. En conclusion, la thérapie de couple semble être un lieu sécurisant où les conjoints peuvent s'exprimer et apprendre à communiquer différemment afin d'augmenter l'unité du couple.

La thérapie de groupe

La thérapie de groupe est un traitement fréquemment utilisé dans le travail avec les dépendants sexuels et cybersexuels. Le groupe permettrait une diminution de la honte, de la culpabilité et de l'isolement. Les membres peuvent y discuter de leurs symptômes et exposer leur souffrance dans un environnement supportant, encourageant, et non jugeant ([Orzack et al., 2006](#)). Cependant, malgré le fait que la thérapie de groupe semble être le programme le plus utilisé dans le traitement des addictions sexuelles, il existe peu de recherches qui en évaluent l'efficacité. Face à ce constat, [Nerenberg \(2000\)](#) a rédigé un article basé sur son expérience clinique, sur les rétroactions de 40 membres de groupes thérapeutiques et sur le travail d'Irvin Yalom qui décrit une série de 11 facteurs thérapeutiques essentiels en thérapie de groupe (voir [Nerenberg, 2000](#)). Les résultats de l'étude menée auprès des patients montrent que les 11 facteurs de Yalom sont jugés aidants, dont les 4 suivants en particulier :

1. La catharsis, c'est-à-dire l'expression ouverte des affects. Expérimenter et exprimer des sentiments forts est important pour les personnes dépendantes sexuelles qui ont souvent réprimé leurs émotions. Dans le groupe, ils apprennent que l'expression des sentiments permet la création d'un lien aux autres, et non pas un sentiment d'isolement.

2. La cohésion, qui réfère au sentiment d'appartenance des membres du groupe. Lorsqu'elle est présente, les membres du groupe tentent d'influencer les autres, s'écoutent plus et acceptent plus les autres, ils expérimentent plus de sécurité et vivent un soulagement des tensions. En outre, les membres participent plus rapidement et s'auto-révoient plus fréquemment que dans un groupe non cohésif. Les personnes dépendantes ayant souvent souffert de relations blessantes dans l'enfance se protègent en s'investissant peu émotionnellement et en restant dans des relations de surface. Le groupe peut donc leur permettre un nouvel investissement relationnel.

3. Les apprentissages interpersonnels, qui réfèrent à l'occasion d'améliorer les relations avec autrui en apprenant à voir comment ceux-ci nous perçoivent. Le groupe sert alors de microcosme social qui permet de recevoir des rétroactions, d'apprendre à se percevoir autrement au travers du regard des autres et d'expérimenter de nouveaux modes communicationnels (par ex., écoute de l'autre, prise en considération de son point de vue, expression des sentiments éprouvés à l'égard des rétroactions reçues).

4. L'universalité, qui réfère au fait qu'un individu n'est pas seul à avoir une addiction sexuelle et que d'autres que lui vivent un problème similaire, ce qui permet de réduire le fait de se croire seul et unique, et de diminuer la honte associée à la dépendance.

Le groupe semble donc un bon moyen de confronter les défenses comme la rationalisation, le déni ou la minimisation (Schwartz, 1995). La thérapie de groupe paraît aider à diminuer l'isolement et la honte grâce aux liens créés entre les membres, à développer de l'empathie, à recevoir de la validation et à développer une écoute de l'autre qui renvoie à sa propre histoire (Line & Cooper, 2002). Cependant, les études effectuées jusqu'à présent ne tiennent pas compte des caractéristiques des membres du groupe (hommes, femmes ou groupe mixte), et notamment de l'hétérogénéité des conduites addictives (addiction à la pornographie, addiction aux relations sexuelles multiples, addiction aux *chats* sexuels, etc.). À l'avenir, des études qui en tiennent compte seraient donc nécessaires pour objectiver l'efficacité de ce type d'approche.

Les programmes en ligne

Les programmes en ligne, qui sont de plus en plus nombreux, modifient graduellement les thérapies traditionnelles en face à face. Les ressources en ligne sont plus facilement accessibles, moins coûteuses et permettent de maintenir l'anonymat des patients. Ces caractéristiques propres à Internet peuvent être intéressantes pour la personne présentant une addiction cybersexuelle (et plus largement, des comportements problématiques fortement stigmatisés dans nos sociétés), notamment parce que la consultation en ligne permet de ne pas forcément dévoiler son identité et donc de diminuer le sentiment de honte qui peut empêcher une consultation en face à face. Par ailleurs, Putnam et Maheu (2000) mentionnent qu'Internet peut faciliter l'évaluation par la mise en ligne de questionnaires psychologiques, ce qui permet un gain de temps, tant pour le thérapeute que pour le patient, et facilite la psychoéducation et la prise de conscience des comportements problématiques. De même, en cours ou en fin de traitement thérapeutique, Internet peut permettre de faire partie de groupes de soutien en ligne qui peuvent être des ressources intéressantes pour maintenir l'abstinence, grâce notamment au support et au partage avec les autres membres du groupe.

Cependant, malgré ces avantages, il existe encore trop peu d'études réalisées sur l'efficacité des thérapies en ligne (Putnam & Maheu, 2000). De plus, Internet offre un nombre de services divers et variés, mais tous ne sont pas fiables sur le plan de la sécurité et de la confidentialité des données transmises et ils ne permettent pas toujours aux patients de savoir s'ils ont affaire à un thérapeute dûment formé et compétent. Il faut donc utiliser ces nouvelles formes de thérapies en ligne avec prudence, et celles-ci doivent aussi être encadrées et évaluées par des chercheurs. C'est ce qu'une étude récente (Wagner, Horn & Maercker, 2014) a tenté d'investiguer sur un échantillon de personnes présentant un trouble dépressif. Les chercheurs ont comparé les réactions de 62 patients avec dépression, qui participèrent durant 8 semaines à des séances thérapeutiques cognitivo-comportementales. La moitié des sujets rencontrait en personne les thérapeutes, et l'autre moitié avait des contacts avec les mêmes thérapeutes seulement par Internet. À la fin des processus thérapeutiques, aucune différence significative n'a été relevée entre les deux groupes en ce qui concernait l'efficacité du traitement. Par contre, trois mois plus tard, une différence significative fut observée : 57 % des patients traités par Internet ne présentaient plus de symptômes dépressifs, contre 42 % des patients traités en face à face. Selon les chercheurs, ce résultat plus durable chez les patients suivis

par Internet s'expliquerait par le fait que la méthode en ligne favoriserait davantage une forme d'autonomie. Cependant, au vu du petit échantillon (62 personnes), des conclusions générales et définitives ne peuvent être tirées.

Par ailleurs, une étude récente réalisée par Hardy, Ruchty, Hull et Hyde (2010) suggère un programme (anglophone) en ligne nommé Candeo, qui consiste en 10 étapes auto-administrées pour les personnes présentant des troubles de consommation de pornographie et de masturbation compulsive. Ce programme combine des modules de psychoéducation délivrés au moyen d'une combinaison de plusieurs médias—textes, vidéos, audio et des exercices interactifs. Des groupes, des forums et un « coach » personnel sont également disponibles. Lors de l'évaluation du programme, sur 211 participants, 17 % ont terminé les 10 étapes du programme sur une période d'environ six mois. Après le programme, les participants rapportent avoir des réactions plus constructives face à la tentation, plus d'affects positifs, un plus grand autocontrôle perçu, plus de liens relationnels aux autres, le sentiment de pouvoir être pardonné par autrui, la connaissance de leurs pensées et des situations de tentations, et plus de plaisir à sortir. Ils rapportent aussi moins de pensées sexuelles obsédantes, d'affects négatifs et de tendance à dénier leur responsabilité dans le problème sexuel. Pour des sujets qui utilisent intensivement la cybersexualité, la piste d'une thérapie en ligne semble pertinente à étudier dans de futures recherches.

Hétérogénéité des conduites et prise en charge

Jusqu'à présent, les recherches se sont centrées sur la dépendance cybersexuelle au sens large. Pourtant, au sein même du terme de dépendance cybersexuelle, différentes conduites sont rassemblées et, jusqu'à présent, celles-ci ne sont pas distinguées dans les études effectuées, les propositions thérapeutiques n'étant dès lors pas différenciées en fonction du type d'activités pratiqué. Or, il convient d'individualiser la prise en charge en fonction de la spécificité de la conduite sexuelle présentée. En effet, une personne dépendante à la pornographie est dans une situation d'autoérotisme et d'autostimulation où elle est complètement seule face à une série d'images ou de vidéos à contenu sexuel. De son côté, le « *chateaur* » sexuel compulsif se trouve également derrière son écran et a aussi recours à une autostimulation, mais il n'est pas uniquement confronté à une série d'images ou de vidéos, puisqu'il est dans une situation d'interaction virtuelle avec autrui. Finalement, l'individu faisant des rencontres sur Internet et ayant ensuite des relations sexuelles compulsives hors ligne se retrouve dans une situation où il va au-delà de l'échange virtuel pour passer dans le monde du contact sexuel réel avec autrui. Ces trois exemples renvoient à une conceptualisation et à une fonction qui sont différentes de la cyberaddiction, et donc à la nécessité de mettre en place des interventions spécifiques et différenciées.

De plus, à notre connaissance, il n'existe pas de littérature s'intéressant aux différences de traitement entre les hommes et les femmes présentant une dépendance cybersexuelle. Pourtant, les hommes et les femmes ne semblent pas être attirés par les mêmes activités sexuelles en ligne, les femmes préférant les conduites interactives, et les hommes, les conduites solitaires. On peut alors s'interroger sur la pertinence d'avoir un traitement unique et commun pour ceux-ci, ou bien au contraire, sur l'intérêt d'élaborer des stratégies de traitement précises en fonction, d'une part, du genre des individus, et d'autre part, des conduites cybersexuelles problématiques.

Cette conception, qui tient compte de l'hétérogénéité des conduites cybersexuelles, renvoie, comme le proposent Van der Linden et Billieux (2011), à une démarche d'évaluation clinique centrée sur la personne. Cette démarche prend en compte la présence simultanée de difficultés diverses, de leur nature multifactorielle et de l'hétérogénéité des mécanismes qui les sous-tendent. Dans une telle démarche, l'observation et l'intégration de processus psychologiques cognitifs, affectifs, motivationnels et relationnels empiriquement fondés sont primordiales, tout en tenant compte du rôle potentiel des facteurs sociaux et de certains événements de vie. Selon cette conception, l'intervention doit être individualisée en fonction des difficultés précises de la personne. Il paraît dès lors pertinent que des recherches futures soient menées en tenant compte de l'hétérogénéité des conduites sexuelles cyberaddictives afin de proposer le traitement thérapeutique le plus adapté à l'individu.

Synthèse et perspectives

Le cybersexe s'est démocratisé ces dernières années, en raison notamment de sa disponibilité et de l'anonymat qui lui est associé. Il est maintenant établi que les comportements cybersexuels peuvent devenir compulsifs. Néanmoins, en dépit de l'augmentation de la prévalence du trouble cybersexuel, la littérature scientifique relative à son étiologie et à son traitement demeure réduite. En outre, comme nous l'avons souligné, il n'existe à ce jour pas de consensus sur la manière de conceptualiser, d'évaluer et de traiter la cyberaddiction sexuelle. Une importante limitation des études existantes réside dans le fait qu'elles échouent à considérer la cyberdépendance comme un trouble fortement hétérogène pouvant concerner une variété de conduites extrêmement différentes et dépendre de l'interaction entre plusieurs types de facteurs de risque.

Bien qu'il n'existe pas de consensus sur la prise en charge de la dépendance cybersexuelle, la littérature permet néanmoins de soutenir la mise en place d'interventions visant certains facteurs impliqués dans le développement et le maintien du trouble. Il s'agit notamment d'augmenter les motivations au changement, de cibler la prise de conscience du trouble, son origine et sa fonction (par ex., d'autorégulation). Dans la plupart des cas, cette démarche implique de retracer l'histoire familiale et sexuelle de la personne et d'explorer la présence d'un éventuel trauma infantile. Une dimension importante cernée dans les études concerne le travail sur la régulation des affects visant à fournir aux personnes des stratégies plus adaptées pour réagir aux émotions aversives sans recourir aux conduites sexuelles problématiques. Par ailleurs, les connaissances actuelles mettent en évidence l'importance de travailler sur les relations aux autres, l'attachement et l'intimité. Dans le futur, il apparaît donc essentiel de mener des recherches qui tiennent compte, d'une part, des facteurs sociodémographiques (genre et statut relationnel), et d'autre part, de l'hétérogénéité des conduites cybersexuelles. De plus, il semble essentiel que de nouvelles études soient menées sur les facteurs de risque potentiellement impliqués dans la dépendance cybersexuelle. À titre d'exemple, nous pouvons penser au rôle de l'impulsivité, des capacités d'autorégulation, de la fonction sexuelle, ou encore des croyances et des motivations sexuelles dans l'étiologie du trouble.

Abstract

The purpose of this article is to propose a critical review of current knowledge concerning cybersexual dependence (definition, epidemi-

ology, evaluation and treatment). There is, in fact, a lack of consensus concerning the conceptualization of this disorder. This lack of conceptual clarity is largely due to the existence of a multitude of definitions of the disorder, a significant variety of sexual behaviours concerned and of symptomatology, and because of methodological problems in the existing research (samples and evaluation tools that are strongly heterogeneous in different studies). Given the context, this article seeks to clarify the state of knowledge concerning cybersexual dependence. We will also make an inventory of empirically validated treatment methods for sexual and cybersexual dependence and we will propose approaches for future research. A non-systematic narrative review was conducted to examine and summarize the English and French literature dealing with cybersexual dependence. This review was carried out using a keyword search for sexual and cybersexual dependence in the data bases of PsycINFO, ISI Web of Science and Francis. Particular attention was paid to articles evaluating risk factors involved in sexual dependence, as well as articles that suggest treatment approaches for the disorder.

Keywords: cybersexual dependence, cyber dependence, hypersexuality, Internet addiction, evaluation, treatment

Références

- Aaron, M. (2012). The pathways of problematic sexual behavior: A literature review of factors affecting adult sexual behavior in survivors of childhood sexual abuse. *Sexual Addiction & Compulsivity, 19*, 199–218.
- Adams, K. M., & Robinson, D. W. (2001). Shame reduction, affect regulation, and sexual boundary development: Essential building blocks of sexual addiction treatment. *Sexual Addiction & Compulsivity, 8*, 23–44. <http://dx.doi.org/10.1080/10720160127559>
- Albright, J. M. (2008). Sex in America online: An exploration of sex, marital status, and sexual identity in Internet sex seeking and its impacts. *Journal of Sex Research, 45*, 175–186. <http://dx.doi.org/10.1080/00224490801987481>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5e éd.). Washington, É.-U. : Auteur.
- Atwood, G. (1996). Click and drag: On the Internet's reactionary impact on male-female interactions. *Digital Media, 10*, 26.
- Ayres, M. M., & Haddock, S. A. (2009). Therapists' approaches in working with heterosexual couples struggling with male partners' online sexual behavior. *Sexual Addiction & Compulsivity, 16*, 55–78. <http://dx.doi.org/10.1080/10720160802711952>
- Bergner, R. M., & Bridges, A. J. (2002). The significance of heavy pornography involvement for romantic partner: Research and clinical implications. *Journal of Sex & Marital Therapy, 28*, 193–206. <http://dx.doi.org/10.1080/009262302760328235>
- Billieux, J. (2012). Impulsivité et psychopathologie : une approche transdiagnostique. *Revue francophone de clinique comportementale et cognitive, 17*, 42–65.
- Black, D. W., Kehrberg, L. L., Flumerfelt, D. L., & Schlosser, S. S. (1997). Characteristics of 36 subjects reporting compulsive sexual behavior. *American Journal of Psychiatry, 154*, 243–249.
- Bostwick, J. M., & Bucci, J. A. (2008). Internet sex addiction treated with naltrexone. *Mayo Clinic Proceedings, 83*, 226–230. [http://dx.doi.org/10.1016/S0025-6196\(11\)60846-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0025-6196(11)60846-X)
- Bowen, S., Chawla, N., & Marlatt, G. A. (2011). *Mindfulness-based relapse prevention for addictive behaviors : A clinician's guide*. New York: The Guilford Press.
- Brand, M., Laier, C., Pawlikowski, M., Schachtel, U., Scholer, T., & Altstötter-Gleich, C. (2011). Watching pornographic pictures on the Internet: Role of sexual arousal ratings and psychological-psychiatric

- symptoms for using Internet sex sites excessively. *Cyberpsychology Behavior & Social Networking*, 14, 371–377. <http://dx.doi.org/10.1089/cyber.2010.0222>
- Carnes, P. (1983). *Out of the shadows: Understanding sexual addiction*. Minneapolis, É.-U. : CompCare.
- Carnes, P. (1989). *Contrary to love: Helping the sexual addict*. Minneapolis, É.-U. : CompCare Publishers.
- Carnes, P. (1991). *Don't call it Love: Recovery from sexual addiction*. New York, É.-U. : Bantam Books.
- Carnes, P. (1998). The obsessive shadow. *Professional Counselor*, 13, 15–17.
- Carnes, P. (2000). Sexual addiction and compulsion: Recognition, treatment and recovery. *CNS Spectrum*, 5, 1–16.
- Carnes, P. (2001). *Out of the shadows: Understanding sexual addiction* (3e éd., rév.). New York : Hazelden Information & Educational Services.
- Carnes, P., Green, B., & Carnes, S. (2010). The same yet different: Refocusing the sexual addiction screening test (SAST) to reflect orientation and gender. *Sexual Addiction and Compulsivity*, 17, 7–30. <http://dx.doi.org/10.1080/10720161003604087>
- Carnes, P. J., Green, B. A., Merlo, L. J., Polles, A., Carnes, S., & Gold, M. S. (2012). PATHOS: A brief screening application for assessing sexual addiction. *Journal of Addiction Medicine*, 6, 29–34. <http://dx.doi.org/10.1097/ADM.0b013e3182251a28>
- Carroll, J. S., Padilla-Walker, L. M., Nelson, L. J., Olson, C. D., McNamara Barry, C., & Madsen, S. D. (2008). Generation XXX: Pornography acceptance and use among emerging adults. *Journal of Adolescent Research*, 23, 6–30. <http://dx.doi.org/10.1177/0743558407306348>
- Codina, I. (2012). Cyberaddiction sexuelle. Dans J.-L. Vénisse & M. Grall-Bronnec (éds), *Les addictions sans drogue : prévenir et traiter* (pp. 289–296). Issy-les-Moulineaux, France : Elsevier Masson.
- Coleman, E. (1992). Is your patient suffering from compulsive sexual behavior? *Psychiatric Annals*, 22, 320–325. <http://dx.doi.org/10.3928/0048-5713-19920601-09>
- Cooper, A. (1998). Sexuality and the Internet: Surfing into the new millenium. *CyberPsychology and Behavior*, 1, 181–187. <http://dx.doi.org/10.1089/cpb.1998.1.187>
- Cooper, A. L., Delmonico, D. L., Griffin-Shelley, E., & Mathy, R. M. (2004). Online sexual activity: An examination of potentially problematic behaviors. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 11, 129–143. <http://dx.doi.org/10.1080/10720160490882642>
- Cooper, A., Morahan-Martin, J., Mathy, R. M., & Maheu, M. (2002). Toward an increased understanding of user demographics in online sexual activities. *Journal of Sexual Marital Therapy*, 28, 105–129. <http://dx.doi.org/10.1080/00926230252851861>
- Cooper, A., Putnam, D. E., Planchon, L. A., & Boies, S. C. (1999a). Online sexual compulsivity: Getting tangled in the net. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 6, 79–104. <http://dx.doi.org/10.1080/10720169908400182>
- Cooper, A., Scherer, C., Boies, S. C., & Gordon, B. (1999b). Sexuality on the Internet: From sexual exploration to pathological expression. *Professional Psychology Research and Practice*, 30, 154–164. <http://dx.doi.org/10.1037/0735-7028.30.2.154>
- Creeden, K. (2004). The neurodevelopmental impact of early trauma and insecure attachment: Re-Thinking our understanding and treatment of sexual behavior problems. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 11, 223–247. <http://dx.doi.org/10.1080/10720160490900560>
- Daneback, K., Cooper, A., & Mansson, S. A. (2005). An Internet study of cybersex participants. *Archives of Sexual Behavior*, 34, 321–328. <http://dx.doi.org/10.1007/s10508-005-3120-z>
- Daneback, K., Ross, M. W., & Månsson, S. A. (2006). Characteristics and behaviors of sexual compulsives who use the Internet for sexual purposes. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 13, 53–67. <http://dx.doi.org/10.1080/10720160500529276>
- Dawson, G. N., & Warren, D. E. (2012). Evaluating and treating sexual addiction. *American Family Physician*, 86, 74–76.
- Del Giudice, M. J., & Kutinsky, J. (2007). Applying motivational interviewing to the treatment of sexual compulsivity and addiction. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 14, 303–319. <http://dx.doi.org/10.1080/10720160701710634>
- Delmonico, D. L., Griffin, E., & Carnes, P. J. (2002). Treating online compulsive sexual behavior: When cybersex is the drug of choice. Dans A. Cooper (éds), *Sex and the Internet: A Guidebook for Clinicians* (pp. 147–168). New York, É.-U. : Routledge.
- Delmonico, D., & Miller, J. (2003). The Internet sex screening test: A comparison of sexual compulsives versus non-sexual compulsives. *Sexual and Relationship Therapy*, 18, 261–276. <http://dx.doi.org/10.1080/1468199031000153900>
- Döring, N. M. (2009). The Internet's impact on sexuality: A critical review of 15 years of research. *Computers in Human Behavior*, 25, 1089–1101. <http://dx.doi.org/10.1016/j.chb.2009.04.003>
- Edwards, W. (2012). Applying a sexual health model to the assessment and treatment of Internet sexual compulsivity. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 19, 3–15. <http://dx.doi.org/10.1080/10720162.2012.660433>
- Faisandier, K. M., Taylor, J. E., & Salisbury, R. M. (2012). What does attachment have to do with out-of-control sexual behavior? *New Zealand Journal of Psychology*, 41, 19–29.
- Fearin, J. (1998). Intervention and the sexually addicted patient. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 5, 15–25. <http://dx.doi.org/10.1080/10720169808400145>
- Ferree, M. C. (2003). Women and the web: Cybersex activity and implications. *Sexual and Relationship Therapy*, 18, 385–393. <http://dx.doi.org/10.1080/1468199031000153973>
- Fossum, M., & Masson, M. (1989). *Facing shame: Families in recovery*. New York, É.-U. : Norton.
- Freimuth, M., Waddell, M., Stannard, J., Kelley, S., Kipper, A., Richardson, A., & Szurumi, I. (2008). Expanding the scope of dual diagnosis and co-addictions: Behavioral addictions. *Journal Groups Addiction Recovery*, 3, 137–160. <http://dx.doi.org/10.1080/15560350802424944>
- Garos, S., & Stock, W. A. (1998). Measuring disorders of sexual frequency and control: The Garos Sexual Behavior Index. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 5, 159–177. <http://dx.doi.org/10.1080/10720169808400160>
- Gilliland, R., South, M., Carpenter, B. N., & Hardy, S. A. (2011). The roles of shame and guilt in hypersexual behavior. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 18, 12–29. <http://dx.doi.org/10.1080/10720162.2011.551182>
- Giugliano, J. (2006). Out of control sexual behavior: A qualitative investigation. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 13, 361–375.
- Goldberg, P. D., Peterson, B. D., Rosen, K. H., & Sara, M. L. (2008). Cybersex: The impacts of a contemporary problem on the practices of marriage and family therapists. *Journal of Marital and Family Therapy*, 34, 469–480. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1752-0606.2008.00089.x>
- Goodman, A. (1990). Addiction: Definition and implications. *British Journal of Addiction*, 85, 1403–1408. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1360-0443.1990.tb01620.x>
- Greenberg, L. S. (2002). *Emotion-focused therapy: Coaching clients to work through their feelings*. Washington, É.-U. : American Psychological Association Press.
- Griffiths, M. (2001). Sex on the Internet: Observations and implications for Internet sex addiction. *Journal of Sexual Research*, 38, 333–342. <http://dx.doi.org/10.1080/00224490109552104>
- Häggeström-Nordin, E., Hanson, U., & Tyden, T. (2005). Associations between pornography consumption and sexual practices among adolescents in Sweden. *International Journal of STD & AIDS*, 16, 102–107. <http://dx.doi.org/10.1258/0956462053057512>
- Hardy, S. A., Ruchty, J., Hull, T. D., & Hyde, R. (2010). A preliminary study of an online psychoeducational program for hypersexuality. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 17, 247–269. <http://dx.doi.org/10.1080/10720162.2010.533999>
- Hartman, L. I., Ho, V., Arbour, S., Hambley, J. M., & Lawson, P. (2012). Sexual addiction and substance addiction: Comparing sexual addiction

- treatment outcomes among clients with and without comorbid substance use disorders. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 19, 284–309.
- Heath, V., Bean, R., & Feinauer, L. (1996). Severity of childhood sexual abuse: Symptom differences between men and women. *The American Journal of Family Therapy*, 24, 305–314. <http://dx.doi.org/10.1080/01926189608251043>
- Heeren, A., & Philippot, P. (2010). Les interventions basées sur la pleine conscience : une revue conceptuelle et empirique. *Revue québécoise de psychologie*, 31, 37–61.
- Hook, J. N., Hook, J. P., Davis, D. E., Worthington, E. L., & Penberthy, J. K. (2010). Measuring sexual addiction and compulsivity: A critical review of instruments. *Journal of Sexual Marital Therapy*, 36, 227–260. <http://dx.doi.org/10.1080/00926231003719673>
- Kafka, M. P. (2010). Hypersexual disorder: A proposed diagnosis for DSM-V. *Archives of Sexual Behavior*, 39, 377–400. <http://dx.doi.org/10.1007/s10508-009-9574-7>
- Kafka, M. P., & Hennen, J. (2002). A DSM-IV Axis I comorbidity study of males ($n = 120$) with paraphilias and paraphilia-related disorders. *Sex Abuse*, 14, 349–366.
- Kafka, M. P., & Prentky, R. (1992). Fluoxetine treatment of nonparaphilic sexual addictions and paraphilias in men. *Journal of Clinical Psychiatry*, 53, 351–358.
- Kafka, M. P., & Prentky, R. (1994). Preliminary observations of the DSM-III-R Axis I comorbidity in men with paraphilias and paraphilia-related disorders. *Journal of Clinical Psychiatry*, 55, 481–487.
- Karila, L., Wéry, A., Weinstein, A., Cottencin, O., Reynaud, M., & Billieux, J. (2014a). Sexual addiction or hypersexual disorder: Different terms for the same problem? A review of the literature. *Current Pharmaceutical Design*, 20, 4012–4020. <http://dx.doi.org/10.2174/13816128113199990619>
- Karila, L., Zarmidini, R., Lagadec, M., Petit, A., & Coscas, S. (2014b). Addiction sexuelle. Dans *Encyclopédie médico-chirurgicale : psychiatrie* (sous presse).
- Kaufman, G. (1989). *The psychology of shame: Theory and treatment of shame-based syndromes*. New York, É.-U. : Springer.
- Kendall-Tackett, K., Williams, L. M., & Finkelhor, D. (1993). Impact of sexual abuse on children: A review and synthesis of recent empirical studies. *Psychological Bulletin*, 113, 164–180. <http://dx.doi.org/10.1037/0033-2909.113.1.164>
- Khazaal, Y., Billieux, J., Thorens, G., Khan, R., Louati, Y., Scarlatti, E., . . . Zullino, D. (2008). French validation of the Internet addiction test. *Cyberpsychology & Behavior*, 11, 703–706. <http://dx.doi.org/10.1089/cpb.2007.0249>
- Khazaal, Y., Xirossavidou, C., Khan, R., Edel, Y., Zebouni, F., & Zullino, D. (2012). Cognitive-behavioral treatment for Internet addiction. *The Open Addiction Journal*, 5, 30–35. <http://dx.doi.org/10.2174/1874941001205010030>
- Khazaal, Y., & Zullino, D. F. (2006). Topiramate in the treatment of compulsive sexual behavior: Case report. *BMC Psychiatry*, 6, 22. <http://dx.doi.org/10.1186/1471-244X-6-22>
- Klontz, B. T., Garos, S., & Klontz, P. T. (2005). The effectiveness of brief multimodal experiential therapy in the treatment of sexual addiction. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 12, 275–294. <http://dx.doi.org/10.1080/10720160500362488>
- Krueger, R. B., & Kaplan, M. S. (2001). The paraphilic and hypersexual disorders: An overview. *Journal of Psychiatric Practice*, 7, 391–403. <http://dx.doi.org/10.1097/00131746-200111000-00005>
- Kuss, D. J., Griffiths, M. D., Karila, L., & Billieux, J. (2014). Internet addiction: A literature review of epidemiological research for the last decade. *Current Pharmaceutical Design*, 20, 4026–4052. <http://dx.doi.org/10.2174/13816128113199990617>
- Kuzma, J. M., & Black, D. W. (2008). Epidemiology, prevalence, and natural history of compulsive sexual behavior. *Psychiatric Clinics of North America*, 31, 603–611. <http://dx.doi.org/10.1016/j.psc.2008.06.005>
- Landau, J., Garrett, J., & Webb, R. (2008). Assisting a concerned person to motivate someone experiencing cybersex into treatment: Application of invitational intervention: The ARISE model to cybersex. *Journal of Marital and Family Therapy*, 34, 498–511. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1752-0606.2008.00091.x>
- Line, B. Y., & Cooper, A. (2002). Group therapy: Essential component for success with sexually acting out problems among men. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 9, 15–32. <http://dx.doi.org/10.1080/107201602317346610>
- Lortie, C. L., & Guitton, M. J. (2013). Internet addiction assessment tools: Dimensional structure and methodological status. *Addiction*, 108, 1207–1216. <http://dx.doi.org/10.1111/add.12202>
- Manning, J. (2006). The impact of Internet pornography on marriage and the family: A review of the research. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 13, 131–165. <http://dx.doi.org/10.1080/10720160600870711>
- McBride, K. R., Reece, M., & Sanders, S. A. (2007). Predicting negative outcomes of sexuality using the Compulsive Sexual Behavior Inventory. *International Journal of Sexual Health*, 19, 51–62. http://dx.doi.org/10.1300/J514v19n04_06
- Meili, W., & Pfeifer, S. (2011). Internet, sexe et dépendance. Clinique et traitement de la dépendance au sexe sur Internet. *Forum Medical Suisse*, 11, 632–636.
- Miner, M. H., Coleman, E., Center, B. A., Ross, M., & Rosser, B. R. (2007). The compulsive sexual behavior inventory: Psychometric properties. *Archives of Sexual Behavior*, 36, 579–587. <http://dx.doi.org/10.1007/s10508-006-9127-2>
- Najman, J., Dunne, M., Purdie, D., Boyle, F., & Coxeter, P. (2005). Sexual abuse in childhood and sexual dysfunction in adulthood: An Australian population-based study. *Archives of Sexual Behavior*, 34, 517–526. <http://dx.doi.org/10.1007/s10508-005-6277-6>
- Nerenberg, A. (2000). The value of group psychotherapy for sexual addicts in a residential setting. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 7, 197–209. <http://dx.doi.org/10.1080/10720160008400218>
- Orzack, M. H. (1999). Computer addiction: Is it real or is it virtual? *Harvard Mental Health Letter*, 15, 7–8.
- Orzack, M. H., & Ross, C. J. (2000). Should virtual sex be treated like other sex addictions? *Sexual Addiction and Compulsivity*, 7, 113–125. <http://dx.doi.org/10.1080/10720160008400210>
- Orzack, M. H., Voluse, A. C., Wolf, D., & Hennen, J. (2006). An ongoing study of group treatment for men involved in problematic Internet-enabled sexual behavior. *CyberPsychology & Behavior*, 9, 348–360. <http://dx.doi.org/10.1089/cpb.2006.9.348>
- Parker, J., & Guest, D. (2003). Individualized sexual addiction treatment: A developmental perspective. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 10, 13–22. <http://dx.doi.org/10.1080/10720160309044>
- Pawlikowski, M., Altstötter-Gleich, C., & Brand, M. (2013). Validation and psychometric properties of a short version of Young's Internet Addiction Test. *Computers in Human Behavior*, 29, 1212–1223.
- Perera, B., Reece, M., Monahan, P., Billingham, R., & Finn, P. (2009). Childhood characteristics and personal dispositions to sexually compulsive behavior among young adults. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 16, 131–145. <http://dx.doi.org/10.1080/10720160902905421>
- Peter, J., & Valkenburg, P. M. (2008). Adolescents' exposure to sexually explicit Internet material, sexual uncertainty, and attitudes toward uncommitted sexual exploration: Is there a link? *Communication Research*, 35, 579–601. <http://dx.doi.org/10.1177/0093650208321754>
- Philaretou, A. G., Malhfouz, A. Y., & Allen, K. R. (2005). Use of Internet pornography and men's well-being. *International Journal of Men's Health*, 4, 149–169. <http://dx.doi.org/10.3149/jmh.0402.149>
- Philippot, P. (2011). *Émotion et psychothérapie*. Wavre, Belgique : Mardaga.
- Putnam, D. E., & Maheu, M. M. (2000). Online sexual addiction and compulsivity: Integrating Web resources and behavioral telehealth in

- treatment. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 7, 91–112. <http://dx.doi.org/10.1080/10720160008400209>
- Quadland, M. C. (1985). Compulsive sexual behavior: Definition of a problem and an approach to treatment. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 11, 121–132. <http://dx.doi.org/10.1080/00926238508406078>
- Raymond, N. C., Coleman, E., & Miner, M. H. (2003). Psychiatric comorbidity and compulsive/impulsive traits in compulsive sexual behavior. *Comprehensive Psychiatry*, 44, 370–380. [http://dx.doi.org/10.1016/S0010-440X\(03\)00110-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0010-440X(03)00110-X)
- Reid, R. C. (2007). Assessing readiness to change among clients seeking help for hypersexual behavior. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 14, 167–186. <http://dx.doi.org/10.1080/10720160701480204>
- Reid, R. C. (2010). Differentiating emotions in a patient sample of hypersexual men. *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, 10, 197–213. <http://dx.doi.org/10.1080/15332561003769369>
- Reid, R. C., Bramen, J. E., Anderson, A., & Cohen, M. S. (2014). Mindfulness, emotional dysregulation, impulsivity, and stress proneness among hypersexual patients. *Journal of Clinical Psychology*, 70, 313–321. <http://dx.doi.org/10.1002/jclp.22027>
- Reid, R. C., & Carpenter, B. N. (2009). Exploring relationships of psychopathology in hypersexual patients using the MMPI-2. *Journal of Sexual Marital Therapy*, 35, 294–310. <http://dx.doi.org/10.1080/00926230902851298>
- Robinson, B. E., Bockting, W. O., Rosser, B., Miner, M., & Coleman, E. (2002). The sexual health model: Application of a sexological approach to HIV prevention. *Health Education Research*, 17, 43–57. <http://dx.doi.org/10.1093/her/17.1.43>
- Ross, M. W., Mansson, S. A., & Daneback, K. (2012). Prevalence, severity, and correlates of problematic sexual Internet use in Swedish men and women. *Archives of Sexual Behaviors*, 41, 459–466.
- Rossé-Brillaud, E., & Codina, I. (2009). Internet : un amplificateur pour les addictions comportementales. *Psychotropes*, 15, 77–91. <http://dx.doi.org/10.3917/psyt.151.0077>
- Schimmenti, A., Passanisi, A., Gervasi, A. M., Manzella, S., & Fama, F. I. (2013). Insecure attachment attitudes in the onset of problematic Internet use among late adolescents. *Child Psychiatry & Human Development*. doi:10.1007/s10578-013-0428-0
- Schneider, J. P. (2000). Effects of cybersex addiction on the family: Results of a survey. Dans A. Cooper (éd.), *Cybersex: The dark side of the force* (pp. 31–58). Philadelphia, É.-U. : Brunner-Routledge. <http://dx.doi.org/10.1080/10720160008400206>
- Schwartz, B. K. (1995). Group therapy. Dans B. K. Schwartz & H. R. Cellini (éds), *The sex offender: Corrections, treatment and legal practice* (pp. 1-4-5-1). Kingston, É.-U. : Civic Research Institute.
- Schwartz, M. F. (1996). Reenactments related to bonding and hypersexuality. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 3, 195–212. <http://dx.doi.org/10.1080/10720169608400112>
- Seegers, J. A. (2003). The prevalence of sexual addiction symptoms on the college campus. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 10, 247–258. <http://dx.doi.org/10.1080/107201603008400206>
- Shaughnessy, K., Byers, E. S., & Walsh, L. (2011). Online sexual activity experience of heterosexual students: Gender similarities and differences. *Archives of Sexual Behavior*, 40, 419–427. <http://dx.doi.org/10.1007/s10508-010-9629-9>
- Southern, S. (2008). Treatment of compulsive cybersex behavior. *Psychiatric Clinics of North America*, 31, 697–712. <http://dx.doi.org/10.1016/j.psc.2008.06.003>
- Stack, S., Wasserman, I., & Kern, R. (2004). Adult social bonds and use of Internet pornography. *Social Science Quarterly*, 85, 75–88. <http://dx.doi.org/10.1111/j.0038-4941.2004.08501006.x>
- Stein, D. J., Hollander, E., Anthony, D. T., Schneier, F. R., Fallon, B. A., Liebowitz, M. R., . . . Klein, D. F. (1992). Serotonergic medications for sexual obsessions, sexual addictions, and paraphilias. *Journal of Clinical Psychiatry*, 53, 267–271.
- Valleur, M., & Velea, D. (2002). Les addictions sans drogue(s). *Revue Toxibase*, 6, 1–15.
- Van der Kolk, B. A., McFarlane, A. C., & Van der Hart, O. (1996). A general approach to the treatment of posttraumatic stress disorder. Dans B. van der Kolk, A. C. Mac Farlane, & L. Weisaeth (éds), *Traumatic stress: The effects of overwhelming experience on mind, body, and society* (pp. 417–440). New York, É.-U. : Guilford Press.
- Van Der Linden, M., & Billieux, J. (2011). La contribution de la psychopathologie cognitive à l'intervention psychologique. Dans J. Monzée (éd.), *Ce que le cerveau a dans la tête : perception, apparences et personnalité* (pp. 145–172). Montréal, Qc : Liber.
- Varescon, I. (2009). *Les addictions comportementales : aspects cliniques et psychopathologiques*. Wavre, Belgique : Mardaga.
- Venisse, J.-L., & Grall-Bronnec, M. (2012). *Les addictions sans drogue : prévenir et traiter*. Issy-les-Moulineaux, France : Elsevier Masson.
- Wagner, B., Horn, A., & Maercker, A. (2014). Internet-based versus face-to-face cognitive-behavioral intervention for depression: A randomized controlled non-inferiority trial. *Journal of Affective Disorders*, 154, 113–121. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2013.06.032>
- Wainberg, M., Muenc, F., Morgenstern, J., Hollander, E., Irwin, T., Parsons, J., . . . O'Leary, A. (2006). A double-blind study of citalopram versus placebo in the treatment of compulsive sexual behaviors in gay and bisexual men. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67, 1968–1973. <http://dx.doi.org/10.4088/JCP.v67n1218>
- Wan, M., Finlayson, R., & Rowles, A. (2000). Sexual dependency treatment outcome study. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 7, 177–196. <http://dx.doi.org/10.1080/10720160008400217>
- Wéry, A., Burnay, J., Karila, L., & Billieux, J. (2014). *Validation of a short French version of the Internet Addiction Test adapted to cybersex*. Manuscript submitted for publication.
- Wetterneck, C., Burgess, A., Short, M., Smith, A., & Cervantes, M. (2012). The role of sexual compulsivity, impulsivity, and experiential avoidance in Internet pornography use. *The Psychological Record*, 62, 3–18.
- Wilson, M. (2000). Creativity and shame reduction in sex addiction treatment. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 7, 229–248. <http://dx.doi.org/10.1080/10720160008403699>
- Young, K. S. (1996). Internet addiction: The emergency of a new clinical disorder. *CyberPsychology and Behavior*, 1, 273–244.
- Young, K. S. (1998). *Caught in the Net*. New York, É.-U. : Wiley.
- Young, K. S. (1999). *Internet addiction: Symptoms, evaluation, and treatment*. Dans L. VandeCreek & T. L. Jackson (éds), *Innovations in Clinical Practice* (vol. 17). Sarasota, É.-U. : Professional Resource Press.
- Young, K. S. (2007). Cognitive behavior therapy with Internet addicts: Treatment outcomes and implications. *Cyberpsychology Behavior*, 10, 671–679. <http://dx.doi.org/10.1089/cpb.2007.9971>
- Young, K. S. (2008). Internet sex addiction: Risk factors, stages of development, and treatment. *American Behavioral Scientist*, 52, 21–37. <http://dx.doi.org/10.1177/0002764208321339>
- Young, K. S., Cooper, A., Griffiths-Shelley, E., O'Mara, J., & Buchanan, J. (2000). Cybersex and infidelity online: Implications for evaluation and treatment. *Sexual Addiction and Compulsivity*, 7, 59–74. <http://dx.doi.org/10.1080/10720160008400207>
- Zapf, J. L., Greiner, J., & Carroll, J. (2008). Attachment styles and male sex addiction. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 15, 158–175. <http://dx.doi.org/10.1080/10720160802035832>
- Zitzman, S. T., & Butler, M. H. (2005). Attachment, addiction, and recovery: Conjoint marital therapy for recovery from a sexual addiction. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 12, 311–337. <http://dx.doi.org/10.1080/10720160500362652>

Reçu le 31 mai 2014

Révision reçue le 13 août 2014

Accepté le 15 août 2014 ■