

L'ADDICTION AU SEXE, ÇA SE SOIGNE ?

A. CISMARU INESCU (1), R. ANDRIANNE (2), F. TRIFFAUX (3), J-M. TRIFFAUX (4)

Résumé : L'addiction sexuelle, ou dépendance au sexe, se caractérise par une hypersexualité, une altération de la régulation du désir sexuel et une compulsion sexuelle traduisant l'existence d'une sexualité avec une fréquence excessive non contrôlée (se caractérisant par une pratique de la sexualité 5 à 15 fois par jour, pendant plus de 6 mois, à partir de l'âge de 15 ans). Entre 3% et 6% de la population adulte (≥18 ans) présenteraient les caractéristiques de l'addiction sexuelle, trouble prédominant chez les hommes, indépendamment de l'orientation sexuelle. A la base de cette pathologie, on trouve les altérations de la régulation des émotions ainsi que du système de récompense et de motivation. L'addiction sexuelle est fréquemment associée à d'autres addictions et à d'autres troubles psychopathologiques. L'utilisation d'accessoires sexuels pour optimiser les performances sexuelles est régulièrement décrite. Dans cet article, nous aborderons les multiples facettes de l'hypersexualité et les différentes possibilités d'approches thérapeutiques dont l'exposition en réalité virtuelle.
MOTS-CLÉS : *Addiction sexuelle - Hypersexualité - Compulsion sexuelle*

CAN WE TREAT SEXUAL ADDICTION ?

SUMMARY : Sexual addiction or sexual dependence is characterized by hypersexuality, impaired regulation of sexual desire and sexual compulsivity, including having sex with uncontrolled excessive frequency (5 to 15 sexual acts per day for more than 6 months, from 15 years old). Between 3% and 6% of the adult population (≥ 18 years) would have the characteristics of sexual addiction, disorder prevalent in the male population. The addictive processes affect three behavioral domains : motivation-reward, affect regulation and behavioral inhibition. Sex addiction is usually accompanied by other addictions, such as abuse of drugs or alcohol or sex toys that enhance sexual performance. Psychiatric comorbidities can be found : anxiety disorders, mood disorders. Several forms of treatment have been tried, using medication, cognitive-behavioral therapy and psychotherapy sessions alternated with exposure therapy in virtual reality. In this article, we will discuss the multiple definitions of hypersexuality and the possibilities of therapeutic approaches.

KEYWORDS : *Sex addiction - Hypersexuality - Sexual compulsivity*

VIGNETTE CLINIQUE

«J'ai 28 ans et je vis en couple depuis plusieurs années avec ma compagne. Je travaille comme indépendant et gagne bien ma vie. J'ai des amis que je vois souvent. Je sors souvent, je suis passionné par plein de choses, et aucun de mes amis, famille ou femme ne soupçonne un tant soit peu que je souffre d'addiction sexuelle. Aujourd'hui, je passe parfois 4 à 6 heures par jour à me masturber, regarder des films X, chatter sur le net, j'ai même fait quelques rencontres pour «assouvir ma soif», comme un vrai chasseur [...] Ces derniers mois, je passais plus de temps à être sur les chats de discussions, à avoir du cyber sexe avec des inconnues, que de bosser concrètement sur mon boulot. Du coup, mon travail prenait petit à petit du retard, et tous les projets intéressants me passaient sous le nez [...] Le Net pour moi, ça a été un formidable outil pour me laisser aller à mes pulsions sexuelles [...] Le matin, quand ma copine partait à 7 h, je me connectais entre 7 et 10 sur le chat, et du coup j'arrivais au boulot à 11h, parfois sans avoir pris le temps de me doucher et de déjeuner. Au début, les chats me suffisaient. Je me connectais, je discutais avec des filles, sans plus. Ensuite,

il y a eu le cyber sexe. On a fait l'amour en ligne [...]. Puis, le cyber sexe ne m'a plus suffi. A force de regarder des films pornos, le matin avant de partir au boulot, ou le soir si je rentrais plus tôt, ou même la nuit si mon amie s'endormait avant moi, j'ai souhaité avoir plusieurs partenaires, avoir des pratiques sexuelles de plus en plus extrêmes. J'ai enchaîné les rencontres. Le midi à mon heure de pause, ou bien je prétextais que j'étais malade au boulot, et je passais la journée avec des filles [...]

A côté de ça, dans ma vie de tous les jours, j'étais toujours fidèle à moi-même, me donnant pour mon couple, mes amis, sans aucune interaction ni conséquence entre mon addiction et ma vie normale. C'est comme si j'avais deux personnalités, une avec ceux qui me connaissent, et une quand je suis seul [...]. C'est dès que je me retrouve seul que ça me prend, ça me fait peur parce que je sais que mes pulsions m'envahissent. C'est comme si je devais être surveillé sans arrêt. Je suis à bout et je voudrais ne plus souffrir ...».

INTRODUCTION

Si les «chauds lapins» existent depuis la nuit des temps, le concept d'addiction sexuelle est apparu récemment. La description de «toxicomanie sans drogue» a historiquement déjà été décrite par Otto Fénichel en 1953 (1). Les travaux de Peele et Brodsky (2), qui ont écrit en 1975 leur célèbre «Love and Addiction», ont établi un parallèle entre dépendance aux drogues et dépendance à une personne : selon eux,

(1) Doctorante, Faculté de Médecine, Département de Santé Publique, Université de Liège

(2) Chargé de Cours, Médecine sexuelle, Université de Liège, Département d'Urologie, CHU de Liège.

(3) Etudiant, Université de Liège.

(4) Chargé de Cours, Psychologie Médicale, Hôpital de Jour Universitaire «La Clé», Université de Liège.

c'est d'une expérience que l'on devient dépendant et non d'une substance (2). En 1983, l'ouvrage du psychiatre américain Patrick Carnes «Out of the Shadow : Understanding Sexual Addictions» reste une référence incontournable en la matière (3). Depuis les années 1990, Aviel Goodman, psychiatre américain d'orientation psychanalytique, en s'intéressant à la clinique de l'addiction sexuelle, a défini et développé largement la notion d'addiction comportementale (4).

CARACTÉRISTIQUES DU «SEX-ADDICT»

Plusieurs termes font référence à l'addiction sexuelle : la dépendance au sexe, l'hypersexualité, l'altération de la régulation du désir sexuel, la compulsion sexuelle. Tous ces termes décrivent une sexualité avec une fréquence excessive non contrôlée : 5 à 15 actes sexuels par jour, pendant plus de 6 mois, à partir de 15 ans (4) (tableau I).

L'addiction sexuelle, comme les autres formes d'addictions comportementales, est le résultat d'un processus d'interaction entre l'individu et une expérience commune, sans toxicité apparente, qui amène progressivement le sujet à répéter cette conduite et à se focaliser sur cette expérience malgré les conséquences négatives sur la vie sociale, affective ou sur la santé. Cette définition descriptive intègre les notions de plaisir, de besoin, de répétition et de dépendance. Le «sex-addict» en arrive à mener une vie sexuelle frénétique, dissociée de tout sentiment : il court de coût en coût à la recherche d'une «dose» de sexe qui le laisse inlassablement sur sa faim ...

Patrick Carnes propose, depuis 1989, un outil de dépistage de l'addiction sexuelle : le Sexual Addiction Screening composé de 25 questions auxquelles le patient doit répondre par oui ou par non (5). L'addiction est avérée à partir de 13 réponses positives. Aviel Goodman (4) a développé, quant à lui, une grille d'addiction comportementale, selon 13 critères, destinée à déceler les addictions comportementales quelle qu'en soit la forme (tableau II).

PRÉVALENCE

Les données épidémiologiques sont peu nombreuses dans ce domaine. Les chiffres sont donc à prendre avec précaution. Ce manque de données s'explique par le côté encore «tabou» de ces comportements, l'absence de définition précise et la difficulté d'établir des outils de dépistage validés. Les études récentes montrent une prévalence entre 3% et 6% de la population générale (6, 7).

TABLEAU I. CARACTÉRISTIQUES DE L'ADDICTION AU SEXE

Perte de contrôle sexuel
Poursuite du comportement malgré les conséquences négatives
Pensées sexuelles envahissantes
Masturbation compulsive (5-15 fois/jour)
Drague compulsive
Consommation frénétique de supports pornographiques

La prévalence serait plus élevée parmi les adolescents et chez les jeunes adultes. Les données sur l'âge restent toutefois controversées. La plupart des cas sont des hommes et le sex-ratio hommes/femmes serait de 3:1 (8, 9).

Les études épidémiologiques se heurtent également au fait que bon nombre de personnes présentant ce type d'addiction ne souhaitent pas consulter, ce qui rend difficile l'accès aux données relatives à ces patients.

LE CYCLE DE L'ADDICTION ET SES PHASES

Selon les psychiatres Reed et Blaine (10), l'addiction sexuelle évolue selon un cycle en 4 phases. Dans Shame, le récent film de Steve Rodney McQueen (2011), l'acteur Mickael Fassbender nous livre une interprétation remarquable de ce tableau clinique (fig. 1) :

Phase de préoccupation : suite aux difficultés existentielles, le sujet est envahi par des préoccupations sexuelles (la personne est à la recherche de multiples partenaires sexuels, la drague compulsive);

Phase de ritualisation : la personne exécute des rituels avant le comportement sexuel (scénarios de la relation du rendez-vous sexuel préalable à la rencontre, recherche de supports visuels à contenu pornographique-fétichisme);

Phase de compulsion sexuelle : la personne passe à l'acte, mais la satisfaction n'est que temporaire;

Phase de désespoir : le sentiment de ne pas pouvoir contrôler son comportement est associé généralement à un état dépressif (11).

L'ALTÉRATION DE LA RÉGULATION DU DÉSIR SEXUEL

Affranchie des puissants déterminismes instinctuels, la liberté sexuelle de l'être humain en est devenue d'autant plus complexe et vulnérable.

Les renforcements, liés aux sensations érotiques intenses découvertes dès le plus jeune âge

TABLEAU II. CRITÈRES DIAGNOSTIQUES PROPOSÉS POUR L'HYPERSEXUALITÉ SELON A. GOODMAN (4)

- A. Impossibilité de résister aux impulsions à réaliser ce type de comportement.
- B. Sensation croissante de tension précédant immédiatement le début du comportement.
- C. Plaisir ou soulagement pendant sa durée.
- D. Sensation de perte de contrôle pendant le comportement.
- E. Présence d'au moins cinq des neuf critères suivants :
1. Préoccupations fréquentes au sujet du comportement ou de sa préparation;
 2. Intensité et durée des épisodes plus importantes que souhaitées à l'origine;
 3. Tentatives répétées pour réduire, contrôler ou abandonner le comportement;
 4. Temps important consacré à préparer les épisodes, à les entreprendre, ou à se remettre de leurs effets;
 5. Survenue fréquente des épisodes lorsque le sujet doit accomplir des obligations professionnelles, scolaires ou universitaires, familiales ou sociales;
 6. Activités sociales, professionnelles ou de loisirs majeurs sacrifiées du fait du comportement;
 7. Persévérance du comportement bien que le sujet sache qu'il cause ou aggrave un problème persistant ou récurrent d'ordre social, financier, psychologique ou physique;
 8. Tolérance marquée : besoin d'augmenter l'intensité ou la fréquence pour obtenir l'effet désiré, ou diminution de l'effet procuré par un comportement de même intensité;
 9. Agitation ou irritabilité en cas d'impossibilité de s'adonner au comportement.
- F. Certains éléments du syndrome ont duré plus d'un mois ou se sont répétés pendant une période plus longue.

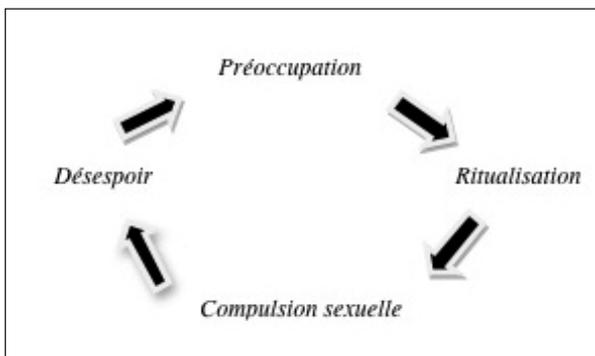


Figure 1. Cycle de l'addiction au sexe selon R. Reed et D. Blaine (10).

dans un contexte environnemental singulier, sont à la source de l'apprentissage du plaisir sexuel par conditionnement opérant (12). En situation d'environnement «suffisamment bon», l'enfant pourra construire adéquatement sa vie psychique et développer un processus d'appropriation de la sexualité à son propre rythme. De jeunes enfants qui expérimenteraient d'intenses activités sexuelles précoces, soit en raison d'une hypersexualisation induite par l'emprise narcissique du monde adulte, soit en réaction à des situations traumatiques liées à des abus sexuels, développeraient une sexualité s'organisant comme principe

central et organisateur de leur développement (13). La première rencontre avec la sexualité à deux fait découvrir des sensations très différentes de celles de la masturbation. Selon C. Solano (14), le premier rapport pénétratif provoquerait un «shoot» neurobiologique comparable à une substance addictive : plus on commence sa vie sexuelle tôt, plus on risque d'être du côté de l'addiction sexuelle. Un dysfonctionnement des renforcements érotiques pourrait également apparaître chez des individus présentant des caractéristiques biologiques anormales des systèmes de récompense, de motivation et de prise de décision, notamment par mutation enzymatique, altération de la régulation des récepteurs, développement anormal des connexions neurales (15). L'addiction se traduit par une perte du libre-arbitre associée à une pathologie du choix et de l'apprentissage : les patients apprennent en excès à reproduire, de manière compulsive, des choix mal adaptés en dépit des conséquences sur leur vie. L'existence de processus adaptatifs pathologiques de l'innervation dopaminergique est démontrée et est à la base du concept de vulnérabilité individuelle et de prédisposition génétique (16).

DE LA PRATIQUE IMPULSIVE À LA PRATIQUE COMPULSIVE

Coleman (17) définit le comportement sexuel compulsif comme un comportement sexuel répétitif, pratiqué pour réduire l'anxiété et d'autres affects dysphoriques (la honte, la dépression).

Pour cet auteur, la compulsion et l'impulsivité seraient aussi associées au défi inconscient de mettre sa vie en danger : les risques de maladies sexuellement transmissibles, dont le SIDA étant bien évidemment accrus.

La fonction des impulsions serait la recherche du plaisir, alors que l'évitement de la souffrance serait la fonction des compulsions. Les addictions combindraient les deux en même temps (7).

Paradoxalement, au moment où la compulsion et l'impulsivité s'associent de façon envahissante, la sexualité cesse d'être une source de plaisir et devient une source de souffrance.

ASPECTS NEUROBIOLOGIQUES

Dans les phénomènes d'addiction aux substances, il a été démontré que d'autres modulateurs que la dopamine, à savoir la noradrénaline et la sérotonine, sont couplés l'un à l'autre afin de réguler le système récompense/anti-récompense. Ce couplage correspond à une interaction entre les neurones noradrénergiques et sérotoninergiques de sorte que les deux

ensembles neuronaux s'activent ou se limitent mutuellement en fonction des stimuli externes que perçoit l'individu (11).

Lors de prises répétées de drogues, ce couplage disparaît (15, 18). Ce découplage et l'hyperreactivité incontrôlable qu'il induit entre les systèmes noradrénergique et sérotoninergique pourraient être responsables du malaise que ressentent les toxicomanes. Reprendre de la drogue permettrait un recouplage artificiel de ces neurones, créant ainsi un soulagement temporaire susceptible d'expliquer la rechute.

Ce phénomène de découplage, observé avec la cocaïne, la morphine, l'amphétamine, l'alcool ou le tabac, pourrait également être à l'œuvre dans les addictions comportementales et, en particulier, chez l'addict sexuel.

PSYCHOPATHOLOGIES ASSOCIÉES À L'HYPERSEXUALITÉ

Des comorbidités psychiatriques, comme les troubles anxieux, les troubles de l'humeur, le déficit d'attention, les troubles du comportement alimentaire, peuvent être retrouvées chez les personnes qui présentent les caractéristiques de l'addiction au sexe (19). L'addiction sexuelle est d'habitude accompagnée d'autres addictions, comme l'abus de drogues ou d'alcool ou aussi des accessoires sexuels pour optimiser les performances sexuelles (poppers, herbes, gels et lubrifiants). Les comportements sexuels sont associés à des émotions/affects dysphoriques, comme l'état dépressif ou anxieux, l'irritabilité et l'ennui. Les troubles de l'humeur sont, d'habitude, associés à l'altération du cycle veille-sommeil et de l'appétit.

HYPOTHÈSES PSYCHODYNAMIQUES

L'addiction sexuelle se distingue des perversions du fait qu'elle n'implique pas de déviation dans le choix d'objet, ni dans le mode de pratiques sexuelles. Les travaux de Freud sur la pulsion nous ont appris que le principe plaisir/déplaisir vectorise la vie psychique : nous avons tendance naturellement à rechercher ce qui est source de plaisir et à éviter ce qui est source de déplaisir. Dès le début de notre vie psychique, la tendance primaire à l'égard de nos pulsions est de les évacuer et de décharger nos tensions jusqu'au bout (niveau zéro), modèle basique et quantitatif du plaisir que l'on peut qualifier de «jouissance absolue immédiate» ou Principe de Nirvana. Mais, à côté de ce premier modèle coexiste, au contact de l'environnement, le principe de réalité apprenant au bébé à passer progressivement du principe de plaisir au principe de réalité. Un deuxième modèle, qualitatif,

de décharge pulsionnelle autour d'un seuil d'investissement psychique correspond, quant à lui, à une décharge relative de la pulsion favorisant les processus d'intériorisation de l'expérience subjective. Ces deux modèles coexistent dans la psyché, avec une efficacité variable selon les étapes du développement psycho-affectif de l'individu. Chez le sujet «addict», le premier modèle de la pulsion deviendrait prépondérant au travers d'une organisation défailante de la personnalité. La relation à autrui se structurerait sur un mode anaclitique où l'angoisse de séparation et l'angoisse de rapprochement seraient omniprésentes. L'accès à l'Oedipe serait alors largement entravé. Quant à la compulsion de répétition qui conduirait certains sujets à répéter des expériences qui s'accompagnent de déplaisir, Freud y verrait l'action, souvent muette, d'une «pulsion de mort» visant à l'autodestruction du sujet (20, 21).

APPROCHES THÉRAPEUTIQUES

Plusieurs traitements ont été essayés pour tenter de guérir cette addiction, mais leur efficacité reste incertaine.

Un traitement par SSRI (inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine) a été testé pour les comportements sexuels compulsifs (22). Ce traitement s'est révélé efficace chez les patients qui présentaient un comportement sexuel compulsif associé à une dépression, un trouble anxieux ou des troubles obsessionnels-compulsifs. Par contre, chez les autres patients, les SSRI n'ont pas eu d'effet thérapeutique significatif (23).

Les deux approches psychothérapeutiques les plus connues pour traiter l'addiction sexuelle sont la psychothérapie cognitivo-comportementale et la thérapie psycho-dynamique.

La première se focalise sur l'identification des facteurs qui déclenchent le comportement sexuel addictif et vise à développer des stratégies permettant une réduction des risques du comportement sexuel pathologique via la prévention et la gestion des facteurs déclenchants.

Par rapport au traitement classique (*in vivo*), l'utilisation de la réalité virtuelle offre une approche innovante : une exposition moins risquée pour le patient, un contrôle aisé de la situation par le thérapeute, une progression au rythme du patient, un environnement rassurant et la disponibilité des objets et des situations. La réalité virtuelle est une simulation informatique interactive, immersive, visuelle, sonore et/ou haptique d'environnements réels ou imagi-

naires. Cette situation expérimentale crée, chez l'utilisateur, l'illusion d'être dans un monde en trois dimensions dans lequel il peut interagir en temps réel. Elle permet l'exposition, sous contrôle, du patient à des stimuli anxiogènes à la fois complexes, dynamiques, et interactifs. Elle offre également la possibilité de graduer, répéter des situations anxiogènes qui peuvent être nombreuses et variées. Le patient comme le thérapeute ont la possibilité d'arrêter immédiatement la simulation en cas de malaise. L'exposition en réalité virtuelle devrait permettre de renforcer l'efficacité d'une psychothérapie classique (24).

Quant à la psychothérapie d'orientation analytique (sexoanalyse), elle favorise l'accès à l'analyse du développement psychogénétique de la sexualité, du monde fantasmatique et de l'inconscient sexuel. Cette forme de thérapie semble plus indiquée chez les sujets qui présentent des troubles sexuels résistants et qui nécessitent un abord plus profond de leur réalité psychique.

CONCLUSION

Bien que nous soyons tous des dépendants affectifs, 5 à 6 % de la population souffriraient d'une sexualité addictive. La dépendance au sexe est souvent associée à d'autres types de dépendance provoquant, sur le plan biologique et psychologique, un emballement des mécanismes de régulation aboutissant au découplage des systèmes de plaisir et déplaisir. L'évolution clinique entraîne le sujet dans une souffrance progressive et est habituellement émaillée de nombreuses complications sur les plans personnel, familial, social et professionnel. Des approches thérapeutiques existent mais, comme pour la plupart des addictions comportementales, le diagnostic et la prise en charge sont souvent tardifs. Parmi les approches innovantes, un protocole thérapeutique associant la thérapie virtuelle à la psychothérapie classique est actuellement à l'étude à l'Université de Liège au sein de l'hôpital de Jour Universitaire la Clé.

BIBLIOGRAPHIE

- Fenichel O.— La théorie psychanalytique des névroses, 1945, Presses Universitaires de France, Paris.
- Peele S, Brodsky A.— Love and addiction, 1975, Taplinger Publishing Co, New-York.
- Carnes P.— Out of the Shadows : understanding sexual addiction, 2001, Hazelden Publishing, New York.
- Goodman A.— Sexual addiction. In J.H. Lowenson, P Ruiz, R.B, 1997, Millman & J.G. Langrod (Eds), Substance abuse: a comprehensive textbook.
- Carnes P.— Sexual addiction screening test. *Tennessee Nurse*, 1991, **54**, 29.
- Reynaud M, Karila X.— Addiction au sexe. *Rev Prat Méd Gén*, 2008, **22**, 1.
- Mick T, Hollander E.— Impulsive-compulsive sexual behavior. *CNS Spectr*, 2006, **11**, 944-955.
- Reynaud M, Karila L.— On ne pense qu'à ça, 2009, Ed. Flammarion, Paris.
- Kafka MP.— Sex offending and sexual appetite: The clinical and theoretical relevance of hypersexual desire. *Int J Offender Ther Comp Criminol*, 2003, **47**, 439-451.
- Reed RC, Blaine DA.— Sexual addictions. *Holist Nurs Pract*, 1988, **2**, 75-83.
- Goodman A.— Neurobiology of addiction: an integrative review. *Biochem Pharmacol*, 2008, **75**, 266-322.
- Wunsch S.— Sexualité humaine, l'importance cruciale du plaisir, Editions Universitaires Européennes, 2010.
- Yates A.— Psychological damage associated with extreme eroticism in young children. *Psychiatr Ann*, 1987, **17**, 257-261
- Solano C.— Les trois cerveaux sexuels, 2010, Editions Robert Laffont, Paris.
- Salomon L, Lanteri C, Glowinsky J, et al.— Behavioral sensitization to amphetamine results from an uncoupling between noradrenergic and serotonergic neurons. *Proc Nat Acad Sci USA*, 2006, **103**, 7476-7481.
- Baland B, Lüscher C.— L'addiction : lorsque l'emballage des mécanismes d'apprentissage conduit à la perte du libre arbitre. *Psychiatr Sci Hum Neurosci*, 2009, **7**, 35-42.
- Coleman E.— Sexual compulsivity : definition, etiology, and treatment considerations. *J Chem Depend Treat*, 1987, **1**, 189-204.
- Tassin JP.— Uncoupling between noradrenergic and serotonergic neurons as a molecular basis of stable changes in behavior induced by repeated drugs of abuse. *Biochem Pharmacol*, 2008, **75**, 85-97.
- Winters J, Christoff K, Gorzalka BB.— Dysregulated sexuality and heightened sexual desire : Distinct constructs? *Arch Sex Behav*, 2009, **39**, 1029-1043.
- Freud S.— Au-delà du principe de plaisir, 1920, in Essais de psychanalyse, 1983, Payot, Paris.
- Roussillon R, Chabert C, Ciccone A, et al.— Manuel de psychologie clinique et de psychopathologie générale, 2007, Elsevier Masson, Issy-les Moulineaux.
- Goodman A.— Addiction : definition and implications, *Br J Addict*, 1990, **85**, 1403-1408.
- Valeur M, Matysiak JC.— Les addictions. Panorama clinique, modèles explicatifs, débat social et prise en charge, 2006, Armand Colin, Paris, France.
- Optale G, Pastore M, Marin S, et al.— Male sex dysfunctions : immersive virtual reality and multimedia therapy. *Stud Health Technol Inform*, 2004, **99**, 165-178.

Les demandes de tirés à part sont à adresser au Pr J-M. Triffaux, Service de Psychologie Médicale, CHU de Liège, Belgique.
Email : jmtriffaux@ulg.ac.be