

UN POINT SUR LES ADDICTIONS SEXUELLES

Laurent Karila, Centre d'Enseignement, de Recherche et de Traitement des Addictions, Hôpital Universitaire Paul Brousse, Groupe Hospitalier Paris-Sud, AP-HP; Université Paris Sud; INSERM U1000; Porte Parole de l'Association SOS Addictions (www.sos-addictions.org) et Geneviève Lafaye, Sarah Coscas, Amine Benyamina, Centre d'Enseignement, de Recherche et de Traitement des Addictions, Hôpital Universitaire Paul Brousse, Groupe Hospitalier Paris-Sud, AP-HP; Université Paris Sud

L'addiction sexuelle reste un sujet peu reconnu, bien que les connaissances sur le sujet s'accroissent. Les auteurs nous proposent un état des lieux des connaissances cliniques actuelles, de ses formes diverses, et de l'approche thérapeutique. (réd.)

DONNÉES GÉNÉRALES

L'analyse de la littérature retrouve différentes dénominations pour évoquer une sexualité addictive: nymphomanie, don juanisme(1), sexualité compulsive/impulsive(2), perte de contrôle sexuelle(3), addiction sexuelle, ou trouble hypersexualité (4-5). Les comportements sexuels excessifs ont été décrits pour la première fois en 1812 par Rush(6). Krafft-Ebing, évoque l'ancêtre de l'addiction sexuelle dans son ouvrage *Psychopathia Sexualis* en 1886. L'acte sexuel est, selon lui, considéré comme une propagation de l'espèce. L'*hyperesthesia* ou libido exacerbée correspondait à l'addiction sexuelle(7). En 1978, le comportement sexuel excessif non paraphilique est conceptualisé par Orford(8). Le spectre impulsif, impliquant le plaisir, l'évitement, la gratification, et compulsive (impliquée dans la persistance du comportement) est associé à l'addiction sexuelle selon Mick et Hollander(2). Patrick Carnes, avec «*Out of the Shadows: Understanding Sexual Addiction*» et ses nombreux travaux met en avant le trouble(9). Kinsey et collaborateurs se basent sur le nombre total d'orgasmes par semaine en lien avec différents supports sexuels comme la masturbation, les rapports sexuels multiples avec adultes consentants, le sexe oral...(10). L'addiction sexuelle devait figurer dans le DSM-5 (5^e version du Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders de l'Association Américaine de Psychiatrie) sous le terme «trouble hypersexualité» dans un chapitre autre que les troubles liés à l'usage de substances, le jeu de hasard et d'argent(5). Il a été retiré car il n'y avait pas suffisamment d'arguments scientifiques malgré le nombre croissant de patient(e)s ces dernières années et de publications de recherche sur cette thématique(11-13).

Aucun travail épidémiologique sur de grandes populations ayant cette addiction comportementale n'est disponible à notre connaissance. Selon les séries, les prévalences varient de 3 à 17%(14-18). La littérature met en avant des chiffres variant entre 3 et 6% pour les comportements sexuels excessifs(19). Wetterneck et ses collaborateurs suggèrent une augmentation de la prévalence du trouble depuis l'apparition d'Internet et des nombreux sites pour adultes(20). Depuis plusieurs années, le web est devenu l'un des premiers outils utilisés par les consommateurs de matériel sexuel et pornographique, le mot clé «sexe» étant très fréquemment recherché sur Internet(21) et la pornographie générant le revenu le plus fructueux sur la

toile(22). Le ratio hommes/femmes est de 3 à 5/1 avec une probable sous-représentation féminine(23-24). Les hommes présentent plus d'insatisfaction dans leur vie sexuelle, de problèmes relationnels et consultent plus pour des problèmes sexuels(23, 25). Lors des premiers entretiens, il est important de rechercher la notion d'âge de début précoce de l'activité sexuelle, de familles dysfonctionnelles, d'abus sexuel, de conduites sexuelles à risque, de trouble de l'attachement avec des conséquences développementales affectives, cognitives et comportementales(26-28).

DONNÉES CLINIQUES

L'addiction sexuelle s'inscrit dans un cycle clinique similaire à celui des substances comme la cocaïne, les opiacés, les amphétamines, les nouveaux produits de synthèse par exemple(29). Il s'agit d'un tableau clinique caractérisé par une perte de contrôle dans différents aspects de la vie, des comportements, des envies sexuelles urgentes, des fantasmes récurrents, intenses, ayant des conséquences négatives sur le fonctionnement de la vie quotidienne(30). Les symptômes les plus fréquents sont des pensées ou des comportements sexuels obsédants, des fantasmes et des expériences sexuelles virtuelles ou réelles répétées, une diversité élevée de comportements sexuels (à la différence des paraphilies)(29), des sentiments de culpabilité, de honte, de désespoir, de solitude, d'ennui, de faible estime de soi, de lutte contre des émotions négatives, de la rationalisation à poursuivre des comportements sexuels compulsifs, de l'indifférence face aux partenaires sexuels, de la préférence pour le sexe anonyme, de déconnecter sa vie amoureuse de sa vie sexuelle(25, 31, 32).

Il faut également rechercher cliniquement(27): une perte de contrôle du comportement sexuel; une impossibilité d'interrompre son comportement sexuel; la persistance de la poursuite des comportements sexuels à risque; une perte de temps importante à rechercher des activités sexuelles ou à être impliqué dans des activités sexuelles réelles ou virtuelles; un certain temps de récupération post-activités sexuelles; l'envie d'arrêter, de limiter ou de réduire son comportement sexuel sans y arriver; un craving; un phénomène de tolérance; un comportement sexuel utilisé comme un mode de *coping* (faire face à...); des fluctuations ou des changements importants de l'humeur

en lien avec l'activité sexuelle ; des conséquences sociales, en premier lieu, physiques, psychologiques. Le sujet agit en réponse à des états dysphoriques ou à des événements de vie stressants(33-35). Kafka a décrit des critères diagnostiques de ce trouble (tableau 1).

Il existe des symptômes aspécifiques de sevrage lorsque la consommation sexuelle est impossible ou réduite(29) :

- asthénie,
- insomnie,
- nervosité,
- irritabilité,
- sueurs,
- nausées,
- augmentation de la fréquence cardiaque.

Des questionnaires peuvent être utilisés en consultation pour conforter le diagnostic d'addiction sexuelle. Citons comme exemple le questionnaire PEACCE, version française (traduction par Karila en 2014, données non publiées) du questionnaire PATHOS de Carnes en 2011. Cet outil psychométrique court (6 items dichotomiques) permet de mesurer les préoccupations, le sentiment de honte, le fait d'avoir blessé autrui, la recherche d'aide, la perte de contrôle, et la tristesse face au comportement sexuel problématique(36).

	OUI	NON
1) Trouvez-vous que vous êtes souvent préoccupé par des pensées sexuelles? (Pensées)		
2) Cachez-vous certains de vos comportements sexuels à votre entourage (partenaire de vie, famille, ami(e)s proches...) (Entourage)		
3) Avez-vous déjà recherché de l'aide pour un comportement sexuel que vous n'appréciez pas de faire? (Aide)		
4) Est-ce que quelqu'un a déjà été heurté émotionnellement à cause de votre comportement sexuel? (Comportement)		
5) Vous sentez-vous contrôlé par votre désir sexuel? (Contrôle)		
6) Vous sentez-vous triste après être passé à l'acte sexuellement (rapports sexuels, Internet, autre)? (Emotions)		

Cotation : ____ / 6

Un score supérieur ou égal à 3 évoque une addiction sexuelle.

Concernant les comportements du sujet ayant ce trouble addictif, l'analyse de la littérature retrouve la recherche de partenaires sexuels unique ou multiples, la masturbation compulsive, la sexualité en ligne, l'engagement dans des relations sexuelles sans aucune émotion, du sexe réel ou virtuel tarifé, des pratiques sexuelles à risque, ce qui est très marqué est la notion d'une seconde vie sexuelle « cachée » 31-32).

Tableau 1.

Critères du trouble hypersexualité proposés par Kafka en 2010(5).

A. Présence, pendant une période d'au moins 6 mois, de fantasmes sexuelles intenses et récurrentes, de pulsions sexuelles ou de comportements sexuels associés à 3 ou plus des 5 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 (p. 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 dus aux effets directs d'une substance (p. ex., un abus de drogue ou une médication).

Spécifié si :

- Masturbation
- Pornographie
- Comportement sexuel avec des adultes consentants
- Cybersexe
- Sexe téléphonique
- Clubs de striptease
- Autre

FORMES CLINIQUES

Il existe différentes formes cliniques du trouble addictif sexuel (37-39). Il s'agit de la masturbation excessive ou compulsive (40), l'addiction cybersexuelle, différents types de comportements sexuels avec des adultes consentants, le sexe via le téléphone mobile, la fréquentation excessive de clubs spécialisés (5). Coleman et ses collaborateurs ajoutent d'autres sous-types de comportements comme la drague compulsive, la recherche de partenaires difficiles à atteindre ou à séduire, la recherche compulsive de relations amoureuses(31).

Bancroft et ses collègues ont plutôt travaillé sur 2 types de comportements sexuels à risque de perte de contrôle (fréquentes causes de consultation spécialisée): la masturbation et l'utilisation excessive d'Internet à la recherche d'une gratification sexuelle immédiate.

La masturbation compulsive, acte d'autostimulation, n'a pas de norme en terme de fréquence. Il peut s'agir de plus d'une fois par jour pendant au moins une année. Pris isolément, cette définition n'est en rien pathologique. D'ailleurs se masturber n'est en rien pathologique. Il faut que les autres critères d'addiction sexuelle, cités plus haut, soient présents. Il existe la plupart du temps un sentiment de solitude culpabilisante à la fin de l'orgasme. La fin de l'acte est surtout liée à la fatigue, aux blessures physiques et à la pression sociale plus qu'à la satisfaction sexuelle(41).

Depuis l'apparition du web, la cybersexualité est plus rapidement et anonymement accessible, et cette industrie a littéralement exposé ces dernières années(3). La sexualité en ligne est à l'origine de différentes conduites telles que chercher, visionner et télécharger un support pornographique ou érotique, prendre part à des *chats* sexuels, participer à et/ou regarder des pratiques sexuelles via une webcam, chercher en ligne des partenaires pour de la sexualité hors-ligne, ou encore, chercher des informations/conseils sur la sexualité. Il y a aussi les jeux de rôles virtuels dans lesquels il est possible de créer soi-même son partenaire sexuel virtuel idéal, en choisissant sa tenue, ses mensurations, sa couleur de peau, de cheveux, la couleur des yeux, les positions sexuelles pratiquées et les lieux dans lesquels se dérouleront les activités sexuelles. Certains de ces sites proposent également la vente de sextoys connectés (à l'ordinateur par un port USB) permettant de vivre des expériences virtuelles tactiles dans lesquelles le mouvement, le rythme, et la pression exercée accompagnent les gestes de la personne se trouvant derrière son écran(42). L'addiction cybersexuelle semble se développer en partie en lien avec les effets plaisants qu'elle procure (excitation sexuelle, plaisir, gratification) et/ou d'autorégulation (relaxation, réduction des émotions négatives, réduction du stress).

CONSÉQUENCES DE L'ADDICTION SEXUELLE

Les conséquences de l'addiction sexuelle sont nombreuses(39). Il y a des risques d'infections sexuellement

transmissibles en raison d'une non-protection lors des rapports sexuels (VIH, chlamydie, gonococcie...) et de grossesse non désirée(9, 23).

L'addiction sexuelle peut être associée à des épisodes dépressifs, anxieux, à des difficultés relationnelles et d'intimité, à des problèmes professionnels, à des pertes financières, à une diminution de la satisfaction sexuelle, à une diminution de l'intérêt pour les activités sexuelles hors ligne, à de la honte, de la culpabilité, de la solitude. Certaines études ont montré que l'utilisation de pornographie chez l'un des partenaires avait un impact négatif sur la relation de couple avec une diminution de la confiance dans la relation, et une diminution des relations sexuelles dans le couple, une augmentation des critiques envers le corps du partenaire, ainsi que chez le partenaire, une baisse de l'estime de soi, une augmentation de la solitude, et des tensions conjugales (Pour Revue(42))

Les comorbidités psychiatriques retrouvées sont les troubles de l'humeur, des troubles anxieux (trouble anxieux sociale, état de stress post traumatique), la schizophrénie et un trouble hyperactivité avec déficit de l'attention(2, 27, 37, 43). Les études sur les fonctions neurocognitives dans les addictions sont contradictoires(29). Il existe des co-addictions au tabac, à l'alcool, aux drogues illicites (cocaïne, GBL, nouveaux produits de synthèse...), un mésusage des médicaments facilitant l'érection et aux jeux de hasard et d'argent, en particulier, chez les hommes(5).

APPROCHE THÉRAPEUTIQUE

Comme pour les autres addictions comportementales, l'approche thérapeutique devrait combiner agents pharmacologiques et psychothérapies(44).

Les comorbidités psychiatriques, somatiques et sociales doivent être prises en compte de façon concomitante. Une prise en charge individuelle peut être complétée par des groupes.

Aucun traitement pharmacologique n'a d'autorisation officielle par des autorités compétentes pour ce trouble. Il n'existe pas, à notre connaissance, d'essais contrôlés contre placebo publiés sur cette question. Une étude randomisée sur 12 semaines a été menée avec le citalopram, un antidépresseur de la famille des inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine(45). D'autres études ouvertes ou des cas rapportés avec la fluoxétine(46), la naltrexone(47) et le topiramate(48) ont montré une diminution des comportements sexuels excessifs.

Les entretiens motivationnels, la thérapie cognitive et comportementale, les thérapies de couple et familiale doivent être intégrés dans la prise en charge des patients(49).

Enfin, les groupes d'auto-support comme DASA (dépendants affectifs et sexuels anonymes) doivent être proposés aux patients(50).

Références

1. Rinehart, N.J. and M.P. McCabe, *Hypersexuality: Psychopathology or normal variant of sexuality*. Journal of Sex and Marital Therapy, 1997. **12**: p. 45–60.
2. Mick, T.M. and E. Hollander, *Impulsive-compulsive sexual behavior*. CNS Spectr, 2006. **11**(12): p. 944-55.
3. Bancroft, J., *Sexual behavior that is «out of control»: a theoretical conceptual approach*. Psychiatr Clin North Am, 2008. **31**(4): p. 593-601.
4. Gilliland, R., et al., *The roles of shame and guilt in hypersexual behavior*. Sexual Addiction and Compulsivity, 2011(18): p. 12-29.
5. Kafka, M.P., *Hypersexual disorder: a proposed diagnosis for DSM-V*. Arch Sex Behav, 2010. **39**(2): p. 377-400.
6. Rush, B., *Medical inquiries and observations upon the diseases of the mind*. Birmingham, AL: Gryphon Editions Ltd. 1979.
7. Krafft-Ebbing, R., *Psychopatia Sexualis*. New York: Paperback Library, (original work published in 1886). 1965.
8. Orford, J., *Hypersexuality: Implications for a theory of dependence*. British Journal of Addiction, 1978. **73**: p. 299-310.
9. Carnes, P., *Out of the Shadows: Understanding Sexual Addiction*. Hazelden Information & Educational Services; Édition: 3rd Revised edition 2001.
10. Kinsey, A., W. Pomeroy, and C. Martin, *Sexual Behavior in the Human Male*. Philadelphia: Saunders. 1948.
11. Krueger, R.B. and M.S. Kaplan, *The paraphilic and hypersexual disorders: an overview*. J Psychiatr Pract, 2001. **7**(6): p. 391-403.
12. Levine, S.B., *What is sexual addiction?* J Sex Marital Ther, 2010. **36**(3): p. 261-75.
13. Womack, S., et al., *Measuring Hypersexual Behavior*. Sexual Addiction & Compulsivity: The Journal of Treatment & Prevention, 2013. **20**(1-2): p. 65-78.
14. Sussman, S., N. Lisha, and M. Griffiths, *Prevalence of the addictions: a problem of the majority or the minority?* Evaluation Health Professional, 2011. **34**(1): p. 3-56.
15. Cooper, A., et al., *Toward an increased understanding of user demographics in online sexual activities*. Journal of Sex and Marital Therapy, 2002. **28**: p. 105-129.
16. Cook, D.R., *Self-identified addictions and emotional disturbances in a sample of college students*. Psychology of Addictive Behaviors, 1987. **1**: p. 55-61.
17. MacLaren, V.V. and L.A. Best, *Multiple addictive behaviors in young adults: Student norms for the Shorter PROMIS Questionnaire*. Addictive Behaviors, 2010. **35**: p. 252-255.
18. Seegers, J.A., *The Prevalence of Sexual Addiction Symptoms on the College Campus*. Sexual addiction and compulsivity, 2003. **10**: p. 247-258.
19. Kuzma, J.M. and D.W. Black, *Epidemiology, prevalence, and natural history of compulsive sexual behavior*. Psychiatr Clin North Am, 2008. **31**(4): p. 603-11.
20. Wetterneck, C., et al., *The role of sexual compulsivity, impulsivity, and experiential avoidance in Internet pornography use*. The Psychological Record, 2012. **62**: p. 3-18.
21. Griffiths, M., *Sex on the Internet: Observations and implications for internet sex addiction*. Journal of Sexual Research, 2001. **38**: p. 333-342.
22. Young, K.S., *Internet Sex Addiction: Risk Factors, Stages of Development, and Treatment*. American Behavioral Scientist, 2008. **52**: p. 21-37.
23. Carnes, P.J., *Sexual addiction and compulsion: recognition, treatment, and recovery*. CNS Spectr, 2000. **5**(10): p. 63-72.
24. Black, D.W., *The epidemiology and phenomenology of compulsive sexual behavior*. CNS Spectr, 2000. **5**(1): p. 26-72.
25. Karila, L., et al., *Sexual addiction or hypersexual disorder: different terms for the same problem? A review of the literature*. Curr Pharm Des, 2014. **20**(25): p. 4012-20.
26. Earle, R. and G. Crow, *Lonely all the time: Recognizing, understanding, and overcoming sex addiction of addicts and codependents*. New York: Pocket Books. 1998.
27. Carnes, P., *Don't Call It Love*. New York, NY: Bantam Books. 1991.
28. Mellody, P., *Facing love addiction: Giving yourself the power to change the way you love*. San Francisco: Harper SanFrancisco. 1992.
29. Karila, L., et al., *Sexual Addiction or Hypersexual Disorder: Different Terms for the Same Problem? A Review of The Literature*. Curr Pharm Des, 2013.
30. Storholm, E.D., et al., *Proposing a tentative cut point for the Compulsive Sexual Behavior Inventory*. Arch Sex Behav, 2011. **40**(6): p. 1301-8.
31. Coleman, E., N. Raymond, and A. McBean, *Assessment and treatment of compulsive sexual behavior*. Minn Med, 2003. **86**(7): p. 42-7.