

En 1975, l'Organisation Mondiale de la Santé, définit la toxicomanie comme :

« Un état psychique et parfois physique, résultant de l'interaction entre un organisme vivant et un produit, caractérisé par des réponses comportementales ou autres qui comportent toujours une compulsion à prendre le produit de façon régulière ou périodique pour ressentir ses effets psychiques et parfois éviter l'inconfort de son absence (sevrage). La tolérance peut être présente ou non ».

Critères :

Les recherches en neurobiologie ont mis en évidence les circuits impliqués dans les mécanismes de plaisir et de récompense. L'addiction est un dysfonctionnement durable des circuits neurobiologiques de régulation du système de plaisir. Les neurotransmetteurs impliqués sont la dopamine mais aussi la sérotonine et la noradrénaline.

La dépendance est physique, un état où l'organisme assimile à son propre fonctionnement la présence d'un produit développant des troubles physiques parfois graves en cas de manque. L'ensemble de ces troubles constituant le syndrome de sevrage. La dépendance physique résulte des mécanismes d'adaptation de l'organisme à une consommation prolongée et peut s'accompagner d'une tolérance qui est une adaptation biologique au produit entraînant la nécessité d'augmenter les doses pour obtenir le même effet qu'au début de la consommation.

La dépendance est psychologique, c'est le désir insistant et persistant de consommer mettant le sujet en vive tension avec sentiment de malaise et d'excitation. Cette dépendance est liée aux caractéristiques des individus.

Selon le Psychiatre Aviel GOODMAN (1990), les critères pour le diagnostic de trouble addictif sont les suivants :

- ✓ Echecs répétés de résister à l'impulsion d'entreprendre un comportement spécifique ;
- ✓ Sentiment de tension augmentant avant de débiter le comportement ;
- ✓ Sentiment de plaisir ou de soulagement en entreprenant le comportement ;
- ✓ Sentiment de perte de contrôle pendant la réalisation du comportement ;

- ✓ Au moins cinq des items suivants :
 - Fréquentes préoccupations liées au comportement ou aux activités préparatoires à sa réalisation ;
 - Fréquence du comportement plus importante ou sur une période de temps plus longue que celle envisagée ;
 - Efforts répétés pour réduire, contrôler, ou arrêter le comportement ;
 - Importante perte de temps passé à préparer le comportement, le réaliser ou récupérer de ses effets ;
 - Réalisation fréquente du comportement lorsque des obligations occupationnelles, académiques, domestiques ou sociales doivent être accomplies ;
 - D'importantes activités sociales, occupationnelles ou de loisirs sont abandonnées ou réduites en raison du comportement ;
 - Poursuite du comportement malgré la connaissance de l'exacerbation des problèmes sociaux, psychologiques, ou physiques persistants ou récurrents déterminés par ce comportement ;
 - Tolérance : besoin d'augmenter l'intensité ou la fréquence du comportement pour obtenir l'effet désiré ;
 - Agitation ou irritabilité si le comportement ne peut être poursuivi ;

- ✓ Certains symptômes de trouble ont persisté au moins un mois, ou sont survenus de façon répétée sur une période prolongée.

Le DSM-IV présente l'addiction comme un mode d'utilisation inapproprié d'un produit entraînant des signes physiques et psychiques. Elle se manifeste par l'apparition d'au moins trois signes sur une période d'un an :

- ✓ Une tolérance (ou accoutumance)
- ✓ Un syndrome de sevrage en cas d'arrêt
- ✓ Une incapacité à gérer sa propre consommation
- ✓ Des efforts infructueux pour contrôler la consommation
- ✓ Un temps de plus en plus important consacré à la recherche du produit
- ✓ Les activités sociales, culturelles, ou de loisirs sont abandonnées en raison de l'importance que prend le produit dans la vie quotidienne

- ✓ Une poursuite de la consommation malgré la conscience des problèmes qu'elle engendre.

Le CIM-10 présente la toxicomanie comme la manifestation d'au moins trois signes sur une période d'un an et ayant persisté au moins un mois ou étant survenus de manière répétée :

- ✓ Un désir compulsif de consommer le produit
- ✓ Des difficultés à contrôler la consommation
- ✓ L'apparition d'un syndrome de sevrage en cas d'arrêt ou de diminution des doses
- ✓ Une tolérance aux effets
- ✓ Un désintérêt global pour tout ce qui ne concerne pas le produit ou sa recherche
- ✓ Une poursuite de la consommation malgré la conscience des problèmes qu'elle engendre

L'addiction se caractérise par l'impossibilité répétée de contrôler un comportement de consommation de substance et la poursuite de ce comportement en dépit de la connaissance et ses conséquences négatives.

L'intérêt du concept d'addiction, est d'être fédérateur pour dépasser les conséquences cliniques, sociales et organisationnelles négatives dues aux clivages entre les différentes addictions. Il permet un abord commun, plus objectif et comparatif des troubles liés à l'abus et à la dépendance, et de sortir du piège des vocables stigmatisants.

Les addictions sans produit :

En 1945, Otto FENICHEL dans les « toxicomanies sans drogues » nous amène à appréhender non plus le produit, mais le rapport de la personne au produit ou à un comportement. C'est le sujet qui devient dépendant d'une expérience plus que du vecteur utilisé. La première expérience est agréable, mais c'est la répétition d'une routine comportementale qui apporte réassurance, calme les angoisses. Au niveau

clinique et comportemental, les observations montrent de nombreuses similitudes entre addictions aux substances psychoactives, et celles sans produit. Les patients utilisent un vocabulaire identique parlant du manque, les comorbidités sont présentes, le passage d'une addiction à une autre est fréquemment rencontré. Le terme d'addiction s'entend donc au sens large, englobant aussi d'autres dépendances (jeu, achat, travail, sport, sexe...). Comme le remarque Julia Sissa, les champs de ces nouvelles addictions ne sont autres que les champs de l'activité humaine qui, de tout temps, ont relevé du sacré et de la religion, avant de fonder la morale des anciens : la nourriture, le sexe, l'alcool et les drogues, l'argent et le hasard : objets de cultes et de rites, donc de prescriptions et d'interdits religieux, puis d'exercice du contrôle de soi, puisque pouvant devenir l'objet d'un désir sans frein, de passions impossibles à assouvir.

« La dépendance peut être vue comme un processus dans lequel est réalisé un comportement qui a comme fonction de procurer du plaisir ou encore de soulager un malaise intérieur. Ce comportement est réalisé sans réel contrôle de la personne et qui a tendance à être répété malgré des conséquences négatives »
(M. Goodman)

- La pathologie commence, là où finit la liberté de choix, là où s'installe l'addiction.
- Certains comportements dérivatifs à la monotonie du quotidien, à l'ennui, la solitude, peuvent devenir de véritables drogues, de redoutables pièges.
- L'addiction commence avec la souffrance pas avec l'excès.

« La sexualité humaine est ce qui fonde le grave et le sérieux, le ludique et l'agréable, mais aussi le pathétique et le tragique de l'existence. »

Henri BARTE

LA SEXUALITE

La sexualité est, du point de vue de l'espèce, orientée vers la procréation. Si l'on s'en tient à la « part du singe », la normalité se définit par le coït, l'acte par lequel il y a fécondation qui sert à la survie de l'espèce. Il s'agit de réaliser une pénétration sexuelle qui obéit à un comportement rarement mis en cause de la stéréotypie des conduites copulatoires chez les primates. Avant d'être une rencontre, le rapport sexuel est une histoire biologique.

« Ma sexualité est-elle normale ? », « Suis-je normal ? » sont les questions les plus fréquentes lors des consultations. Pour répondre nous disposons aujourd'hui de nombreuses études sur la sexualité qui servent à mieux connaître les comportements sexuels, mais ce ne sont que des données statistiques et les variations individuelles sont grandes.

Quand il s'agit de sexualité, nous touchons à l'intime de l'Intime, difficile donc de définir une normalité si ce n'est la loi supposée du plus grand nombre. Normalité médiatisée qui tombe souvent comme une obligation faisant bien des dégâts dans les alcôves.

L'apparition récente des moyens de contraception a affranchi la sexualité de la procréation et a favorisé une libération de certaines mœurs. La pornographie a apporté une modélisation néfaste et génératrice de complexes pour beaucoup d'hommes, comme le souligne le docteur Waynberg « la voracité sexuelle masculine doit être représentée satisfaite de façon complète et spectaculaire, de telle sorte que jamais n'y soit soupçonnée la possibilité d'une quelconque défaillance. Sans érection, l'image pornographique n'existe pas. »

Mais il ne faut pas confondre coït et jouissance. La jouissance représente le comble de l'égoïsme, hormis les mécanismes physiologiques qui la favorisent, c'est une aventure unique, personnelle et individualisée. Elle mobilise pour chacun ses ressources et ses limites, son projet, sa quête du sens, en un mot elle oblige à être Humain.

L'adulte fait l'amour avec les outils qu'il a acquis dans l'enfance. Il est tributaire des empreintes précoces en terme de sensorialité, de dégoût, de modélisations, de tabous, d'interdits. Il n'y a pas de fonction érotique purifiée, le côté obscur met en jeu la menace, le dégoût, la honte, l'insécurité, la peur. L'obscénité est la somme des émotions redoutables donc excitantes. Quand un couple se forme on n'a jamais une idée précise du niveau d'obscénité de l'autre. Chaque protagoniste va avoir à affronter le côté obscène, c'est-à-dire redoutable de sa sexualité.

La pornographie, c'est l'outrance et le dégoût. La perfection érotique pour un couple, c'est, comme le dit le docteur WAYNBERG, de mêler ces dimensions redoutées et d'y ajouter une esthétisation ritualisée en commun dans la rencontre, pour en jouir. A partir de là impossible de réduire la normalité sexuelle au seul accomplissement du coït. Le couple le « plus normal » frôle la perversion. Freud affirme que la perversion est la chose du monde la mieux partagée et qu'elle n'est pas nécessairement pathologique.

Il nous dit que les enfants sont des « pervers polymorphes », c'est à dire que chaque être humain est passé par une étape de sa vie sexuelle où la satisfaction de chacune des zones érogènes a prévalu pour elle-même. Il restera marqué par ce morcellement pulsionnel initial. L'éducation et les modèles sociaux lui enseignent une « normalité » (reproduction, relations entre adultes consentants) mais ces modèles sont seconds et peuvent entrer en conflit avec la satisfaction pulsionnelle. L'inconscient dont l'individu n'est pas maître peut faire surgir chez le sujet des évocations, des représentations associées, des affects qui entrent en conflit avec l'éducation, c'est à dire les règles sociales formulées ou induites par l'entourage de l'enfant.

S'il est donc difficile de définir la normalité sexuelle, les perversions sexuelles, ou paraphilies sont décrites comme « des fantaisies imaginatives sexuellement excitantes, des impulsions sexuelles, ou des comportements qui surviennent de façon répétée et intense pendant au moins un semestre et qui sont à l'origine d'une souffrance ou d'une altération du fonctionnement social ou professionnel »(DSM-IV). Pour être qualifiés de paraphilies, ces comportements doivent exister pendant au moins six mois, le passage à l'acte est obligatoire.

L'activité sexuelle déviante concernée soit d'objet (enfant, animal), soit de but (sadisme exhibitionnisme ...) devient exclusive et remplace progressivement toute autre forme de satisfaction. Un rituel, stéréotypé, une pauvreté d'imagination les caractérisent, la satisfaction érotique est surtout autoérotique et se nourrit de la « présence absentifiée »¹ de la victime.

Beaucoup de perversions sexuelles sont dommageables et réprimées par les sociétés comme des délits ou des crimes (pédophilie, nécrophilie...). C'est le choix d'objet ou de but qui est stigmatisé par le regard judiciaire ou moral.

« La sexualité est le domaine des conduites humaines où se pose de la façon la plus nette la question du caractère arbitraire, ou du moins déterminé par la culture ; la religion et l'histoire, plus que d'un ordre « naturel », des frontières entre normalité, déviance, criminalité et maladie. »²

¹ Eguier Alberto, *Des perversions sexuelles aux perversions morales*, p19

² Jean-Claude Matysiak, *Psychopathologie des accros au sexe*

«Le sexe a failli me tuer.

Le sexe que je parvenais à pratiquer sans contact humain. »

James ELLROY

L'ADDICTION SEXUELLE

En 1975, un membre des Alcooliques Anonymes parle d'une autre dépendance dont il souffre : le sexe. Il se dit « sex-addict », le terme est lancé.

Sur le plan de la nosographie psychiatrique mondiale, cette affection ne figure pas encore clairement dans le registre des manuels de classification des maladies : ni du côté de la référence française de la CIM-10 ni de celle du DSM-IV.

En 1983 le Psychologue Patrick CARNES publie « Out of the shadows, understanding sexual addiction », livre qui depuis fait référence sur le sujet.

Définition:

L'addiction sexuelle fait partie des addictions dites “sans produit”, selon Laurent KARILA, l'addiction sexuelle est définie comme « une addiction comportementale dont il existe différentes présentations cliniques comme la masturbation compulsive, la drague compulsive, la consultation compulsive de sites Internet classés x, de journaux ou de services téléphoniques à caractère pornographique, la fréquentation de clubs échangistes, de sex-shops, de peep-shows, de bars lap-dance et l'hypersexualité ». Egalement une baisse des relations affectives de longue durée et émotionnelles (pensées obsédantes, culpabilité concernant le ou la partenaire, sentiment de dévalorisation, d'impuissance face à l'acte sexuel, honte). L'addiction sexuelle peut parfois mener au décès du sujet notamment en cas de conduites à risques qui peuvent entraîner la contamination par le VIH, ou par le virus de l'hépatite.

Critères :

Les addicts sexuels présentent au moins deux des entités suivantes (selon COLEMAN 1990) :

- La drague compulsive avec partenaires multiples, avec une recherche de gestion du stress et de l'anxiété.
- L'auto-érotisme compulsif, masturbations (de 5 à 15 actes masturbatoires par jour avec cohorte de blessures et de fatigue)
- La fixation compulsive, sur un ou des partenaires inaccessibles. Des fantasmes nombreux. L'Objet d'amour est idéalisé avec délires de jalousie et passage à l'acte agressif possible.
- Les rapports compulsifs amoureux multiples, avec une insatisfaction des relations amoureuses et la quête perpétuelle de l'amour idéal.
- La sexualité compulsive, avec de nombreux rapports sexuels vécus de manière insatisfaisante, besoin interminables d'actes sexuels, d'expression amoureuse et d'attention.

L'addiction sexuelle comporte 4 phases (Reed et Blaine-1988) :

- Phase d'obsession (champ psychique dominé par les préoccupations de recherches de stimulations sexuelles)
- Phase de ritualisation (précède l'acte sexuel)
- Phase compulsive (exécution de l'acte sexuel précis et le sujet ne peut pas arrêter ou dominer son comportement)
- Phase de désespoir (sentiment d'impuissance devant le comportement)

L'addiction ne concerne pas un type particulier de pratiques sexuelles, elle peut englober des conduites traditionnellement considérées comme perverse.

Dans ces pratiques, l'autre, le partenaire sexuel, ne doit pas exister dans sa dimension identitaire, il est un corps anonyme, il constitue un soin pour le corps lequel demande et reçoit des stimulations érogènes. Le sujet qui a quatre partenaires par jour est souvent dans l'incapacité le lendemain de se souvenir des prénoms voire même des visages de ses partenaires, L'autre - le partenaire - n'est pas appréhendé comme sujet. Dans cette forme - pauvre - de génitalité sexuelle, le partenaire devient une sorte de corps étranger - telle une drogue absorbée -

venant pour un temps apaiser un pénible affect d'angoisse. Selon une optique théorique de Pierre Fédida, des modes de construction de l'auto-érotisme - très liés au concept d'interactions précoces, dépendraient les troubles du contact et du toucher.

Des traits de personnalité reviennent de manière récurrente chez ces patients, François-Xavier Poudat (1988) les met en évidence :

- l'intolérance à la frustration ;
- le passage à l'acte obligatoire après recherche effrénée de l'objet de plaisir ;
- les croyances dans un modèle sexuel opérant et mécanique ;
- la présence d'un état second durant la crise, répétition compulsive des passages à l'acte ;
- la rareté de la stabilité conjugale ;
- l'isolement affectif et social.

« Je passais des heures à me caresser devant l'écran. Il m'en fallait toujours plus. Toujours plus cru, toujours plus hard. Je ne pouvais me résigner à jouir sur une image médiocre en qualité artistique ou pas assez forte en émotion. Je me retenais, jusqu'à ce que je trouve l'image dépassant toute mon imagination. Et Dieu sait que les images délirantes ne manquent pas. Mais au bout d'un certain temps je finissais par m'habituer. Ce qui me paraissait hyper hard une semaine avant me blasait. J'avais du mal à trouver des images capables de me surprendre..... » MATHIAS, 32 ANS, marié, deux enfants.

Le cybernaute présentant un comportement addictif sexuel a le choix et la possibilité d'accéder à ses pulsions dans l'univers sans limite d'Internet et de cumuler la cyberaddiction. Le docteur Young Kimberly a démontré la prégnance et la force addictive de la consommation de sexe en ligne.

Dans son article, « *De l'angoisse à l'orgasme* », Vincent ESTELLON pose la question de la dépendance physique :

« Pourrait-on parler également de la *dépendance physique* à une substance hormonale (endorphines) sécrétée pendant l'activité sexuelle ? En effet, le phénomène d'habituation est simple : un homme qui mange beaucoup habitue son organisme à de grandes quantités de nourritures, la panse gonfle et les sensations de faim sont de plus en plus ressenties. Un homme qui jouit dix fois par jour, même sans éjaculation, habitue son corps, plus précisément son système hypothalamo-hypophysaire, à sécréter beaucoup plus d'hormones endorphines (dont l'effet est d'apaiser la douleur, de tranquilliser...) qu'un homme ne souffrant pas de cette dépendance. Le neuropsychiatre Boris Cyrulnick énonce simplement cette idée lorsqu'il écrit : « Effectivement, le meilleur tranquillisant naturel, bien supérieur au Témesta, c'est une co-présence affectueuse. Notre corps sécrète des endorphines naturelles au cours d'activités ou de rencontres plaisantes. »

On pourrait donc avancer l'hypothèse selon laquelle s'ajoute à la dépendance psychologique une véritable dépendance physique à la sécrétion d'endorphine. Si la personne souhaite, de manière volontariste, mettre un terme à ses conduites addictives, l'on peut imaginer que (comme pour le fumeur) le corps va réclamer sa dose habituelle de tranquillisant. Cette question de la dépendance physique à une sécrétion interne (provoquée par une conduite sexuelle) mérite intérêt en neurobiologie du comportement. » ...

Selon Reed et Blaine (1988), « ces personnes seraient incapables d'établir une relation sexuelle « saine » et gratifiante avec le partenaire pour plusieurs raisons : Tout d'abord, par l'apparition, au cours de l'acte sexuel, d'un état mental similaire à celui décrit par les toxicomanes (vécu de déréalisation), la plupart du temps, aidée par des « snifs » de *popers* chez les sujets les plus dépendants ; ensuite, par la négligence de son entourage au seul profit de l'acte sexuel ; enfin, par des conduites de dissimulation et l'utilisation préférentielle du déni. »

Que ce soit la répétition d'aventures sexuelles ou l'isolement devant son ordinateur, le développement d'une addiction sexuelle constitue toujours une certaine forme de fuite de la relation à l'autre. Ce mouvement qui se voulait libérateur tombe dans la répétition et le besoin compulsif. Le sujet devient dépendant de pratiques sexuelles qui nuisent à son équilibre.

Le lien au produit se substitue au lien à l'autre : le sujet se protège du lien à l'autre par un attachement au produit, sans produit, la protection se fait au travers d'un comportement compulsif.

Les Traitements :

On estime à 6% la part de la population souffrant d'addictions sexuelles avec une proportion de trois hommes pour une femme.

En 1989, Patrick Carnes développe un outil de dépistage de l'addiction sexuelle, le Sexual Addiction Screening Test (voir annexes). L'addiction est avérée à partir de 13 réponses positives. Il a fondé une clinique spécialisée dans le traitement de cette nouvelle forme de dépendance, le Golden Valley Health Center à Minneapolis.

L'étude clinique montre que l'addiction sexuelle s'accompagne de syndrome dépressif, l'addiction étant un moyen de soulager une tension interne. Figure également des troubles phobiques, d'anxiété généralisée, des crises d'angoisse, d'où la nécessité d'une approche globale. Plusieurs approches peuvent être proposées au patient demandeur de soins, psychothérapie de soutien, thérapie cognitive et comportementale, groupes de paroles, et groupes d'entraide fonctionnant selon les douze étapes de rétablissement élaborées par les Alcooliques Anonymes. (voir annexes)

Il n'existe pas de traitement de substitution à une addiction sexuelle équivalent aux produits pour les addictions au tabac ou aux opiacés, mais un traitement médicamenteux peut s'ajouter pour soigner les troubles anxieux, d'où la nécessité de travailler en réseau.

Ainsi que l'a exposé le docteur Matysiak, l'extension du concept d'addiction dans le domaine très complexe de la sexualité présente un avantage majeur. Celui de permettre à ces accros de ne plus considérer leurs excès, en grande partie sous la pression du regard social et culturel, comme un vice ou un péché. De pouvoir analyser leurs conduites comme similaire à d'autres dépendances et de comprendre que leurs souffrances les rapprochent d'autres dépendances. De les faire passer de l'isolement coupable au soin.

« Sur le plan psychologique, aider l'Autre, c'est devenir celui par qui le Bonheur arrive. Réparer l'Autre, c'est se réparer. En terme psychanalytique, il y a une réparation narcissique... »

« Mais aider l'Autre nous apporte en même temps, à nous thérapeutes, un autre bénéfice, celui de visiter, d'explorer un autre continent, passionnant, étrange. Le banal disparaît... »

Boris CYRULNIK

CONCLUSION

En 2009, il est encore difficile d'aller consulter un « psy » le spectre de la folie plane toujours, et quand il s'agit de venir dévoiler sa sexualité, c'est l'ombre de la défaillance qui s'expose. A l'aube du XXI^{ème} siècle, la sexualité reste encore un sujet tabou malgré les tentatives de vulgarisation par les médias. Venir parler de sa sexualité dans le cabinet d'un sexologue est toujours une démarche délicate. Celle-ci entraîne souvent le locuteur à en parler par des moyens détournés, en termes voilés, des euphémismes, ou en utilisant un vocabulaire argotique, ce mécanisme permettant de masquer la méconnaissance, voire la peur face à la sexualité. Il n'est pas question de procréation mais de significations autres que ce but, le pouvoir, la valeur, la place sociale, le rapport à l'autre...

Toutes ces considérations imposent au sexologue, une intuition, une disponibilité par rapport à ses propres connotations, valeurs, représentations, une analyse de la subjectivité qui relève du sujet énonciateur du discours mais qui peut relever de celui qui perçoit l'énoncé. « Qui a affaire à des patient addicts ne peut manquer de se poser ces questions d'interactions mutuelles et d'intersubjectivité dans le dispositif thérapeutique parfois si difficile à mettre en place et où l'engagement du clinicien est déterminant. »³ Pour cela, le premier travail est une obligation de décodage de la terminologie utilisée par nos interlocuteurs, entendre et comprendre les mots prononcés. Décrypter quelles sont les représentations de ce public produites par ce langage pour les guider sur la route. Sans devenir linguiste, le sexologue doit être sensibilisé aux arcanes de la langue et de son utilisation pour mieux entendre ses clients. Il doit être attentif aux signes du langage, à la fois sur les sons et les lettres qui sont la face matérielle, le signifiant, et la face sémantique, le signifié. Un signifiant renvoie à un ou plusieurs signifiés dans une relation arbitraire qui relève du code linguistique. Le sens dépend en partie de cette codification. Chaque langue propose un découpage de la réalité. Selon

³ Catherine AUDIBERT, *Sur les addictions*, p18

l'étendue du vocabulaire d'un individu, la couverture conceptuelle d'un mot varie. Il y a un usage différencié du vocabulaire selon le sexe et l'origine sociale, la culture et la religion. Il est important également de tenir compte de la connotation qui est une valeur sémantique additionnelle, c'est-à-dire qu'une ou plusieurs significations s'ajoutent dans le contexte de la communication. Le contexte peut ainsi être historique, culturel, géographique, lié aux pratiques sociales, mais il peut encore être plus propre à l'individu lié à l'affectivité et toucher en fait aussi au problème des représentations symboliques.

Ainsi lorsqu'un individu vient nous parler de sa sexualité, quelles significations, à savoir quelle valeur et quelle fonction, lui attribue-t-il ? « Les significations renvoient aussi aux valeurs auxquelles adhère l'individu en dehors de tout contexte sexuel, à ses opinions, représentations, normes intériorisées, car toute activité sexuelle s'inscrit dans un ensemble plus large de significations ».⁴

En ce qui concerne l'addiction sexuelle, comme nous l'avons évoqué lors de l'introduction, nous n'avons pas eu à ce jour de cas clinique en consultation. Les personnes ayant des injonctions de soins arrivent pour la plupart en « traînant les pieds ». Peu importe qui franchit le seuil, celui qui vient nous donne le privilège d'entendre « son intime », la partie la plus vulnérable de lui-même, et de travailler à donner du SENS à son histoire, comme nous l'enseigne Boris CYRULNICK : « Un récit n'est pas le retour du passé, c'est une réconciliation avec son histoire... »⁵

D'où la nécessité d'avoir les pré-requis nécessaires pour éviter de jouer les « apprentis sorciers » et en même temps de savoir s'en libérer pour ne pas enfermer le patient dans un diagnostic réducteur.

Il est donc essentiel pour le thérapeute d'être, non pas dans la neutralité bienveillante, « la neutralité prétendument bienveillante se transforme pour eux en neutralité malveillante en les renvoyant à l'indifférence de l'autre, qui elle-même les renvoie à la détresse éprouvée auprès d'un autre trop peu -ou pas-

⁴ Alfred SPIRA, Nathalie BAJOS et le groupe ACSF, *Les comportements sexuels en France*, page 36

⁵ Boris Cyrulnick, *Autobiographie d'un épouvantail*, p22

secourable »⁶, mais de neutraliser son jugement pour entendre le patient dans son vécu unique et original.

En participant au diplôme de « pratiques addictives » j'ai élargi mon angle de vision, confirmé l'intérêt pour ma profession et aiguisé mon appétit pour aller découvrir de nouveaux continents.

Françoise Berger psychologue

⁶ Catherine AUDIBERT, *Sur les addictions*, p25

« On n'a jamais fini de chercher, car on ne trouve jamais »

PICASSO

ANNEXES

SAST : Sexual Addiction Screening Test (CARNES 1989)

- 1- A-t-on abusé de vous sexuellement pendant l'enfance et l'adolescence ?
- 2- Etes-vous abonné(e) ou achetez-vous régulièrement des revues érotiques ?
- 3- Vos parents ont-ils eu des problèmes sexuels ?
- 4- Êtes-vous souvent préoccupé(e) par des pensées sexuelles ?
- 5- Avez-vous le sentiment que votre comportement sexuel n'est pas normal ?
- 6- Est-ce que votre conjoint(e) s'inquiète ou se plaint de votre comportement sexuel ?
- 7- Avez-vous du mal à arrêter votre conduite sexuelle, lorsque vous savez qu'elle est inappropriée ?
- 8- Vous sentez-vous mal à l'aise vis-à-vis de votre comportement sexuel ?
- 9- Est-ce que votre comportement sexuel a causé des problèmes pour vous-même ou votre famille ?
- 10- Avez-vous cherché assistance pour un comportement sexuel que vous n'aimiez pas ?
- 11- Avez-vous eu peur que les gens apprennent votre conduite sexuelle ?
- 12- Avez-vous fait du mal aux autres émotionnellement par votre conduite sexuelle ?
- 13- Certaines de vos activités sexuelles sont-elles hors la loi ?
- 14- Vous êtes vous promis à vous mêmes de cesser certains comportements sexuels ?

- 15- Avez-vous fait des efforts pour renoncer à certains comportements sexuels sans y réussir ?
- 16- Devez-vous cacher certains de vos comportements sexuels ?
- 17- Avez-vous essayé de cesser certains comportements sexuels ?
- 18- Pensez-vous que certains de vos comportements sexuels ont été dégradants ?
- 19- Le sexe a-t-il été pour vous une manière d'échapper à vos problèmes ?
- 20- Êtes-vous déprimé(e) après un rapport sexuel ?
- 21- Avez-vous senti le besoin de cesser certaines formes d'activité sexuelle ?
- 22- Est-ce que vos activités sexuelles ont perturbé votre vie familiale ?
- 23- Avez-vous eu des rapports sexuels avec des mineurs ?
- 24- Vous sentez-vous dominé(e) par vos désirs sexuels ?
- 25- Pensez-vous que vos désirs sexuels sont plus forts que vous ?

L'Addiction est avérée à partir de 13 réponses positives. Au-delà, plus le nombre de oui est élevé, plus la dépendance est sévère.

Douze Etapes :

Celles-ci sont une simple adaptation des 12 étapes des Alcooliques Anonymes. Quand les 12 étapes ont été abordées, le groupe recommence à zéro.

1> Nous avons admis que nous étions incapables de contrôler notre dépendance sexuelle et que nos vies sont devenues ingérables.

2> Nous en sommes venus à croire qu'un pouvoir supérieur à nous même pourrait nous aider à nous retrouver

3> Nous avons décidé de confier nos volontés et nos vies aux soins de Dieu "tel que nous le concevions".

4> Nous avons courageusement procédé à un minutieux inventaire moral de nous même.

5> Nous avons admis à Dieu, nous même et un autre être humain l'exacte nature de nos torts.

6> Nous avons pleinement consenti à ce que Dieu élimine ces défauts de notre caractère.

7> Nous lui avons humblement demandé de faire disparaître nos déficiences.

8> Nous lui avons adressé la liste de toutes les personnes que nous avons lésés et nous avons résolu de leur faire amende honorable.

9> Nous avons personnellement réparé nos torts envers ces personnes chaque fois que nous pouvions le faire, sans leur nuire ou porter préjudice à d'autres.

10> Nous avons poursuivi notre inventaire personnel et promptement admis nos torts dès que nous les avons découverts.

11> Nous avons cherché par la prière et la méditation à améliorer notre contact conscient avec Dieu tel que nous Le concevions, Lui demandant seulement de nous faire connaître Sa volonté et de nous donner la force de l'exécuter.

12> Grâce à ces étapes, nous avons connu un réveil spirituel; nous avons alors essayé de transmettre le message aux dépendants sexuels et d'appliquer ces principes dans tous les domaines de notre vie.