

# Comment réinvestir l'Autre dans la prise en charge de l'addiction sexuelle ?



Dr Benoît SCHRECK

26 novembre 2021 – Journée de l'URAA



**IFAC**

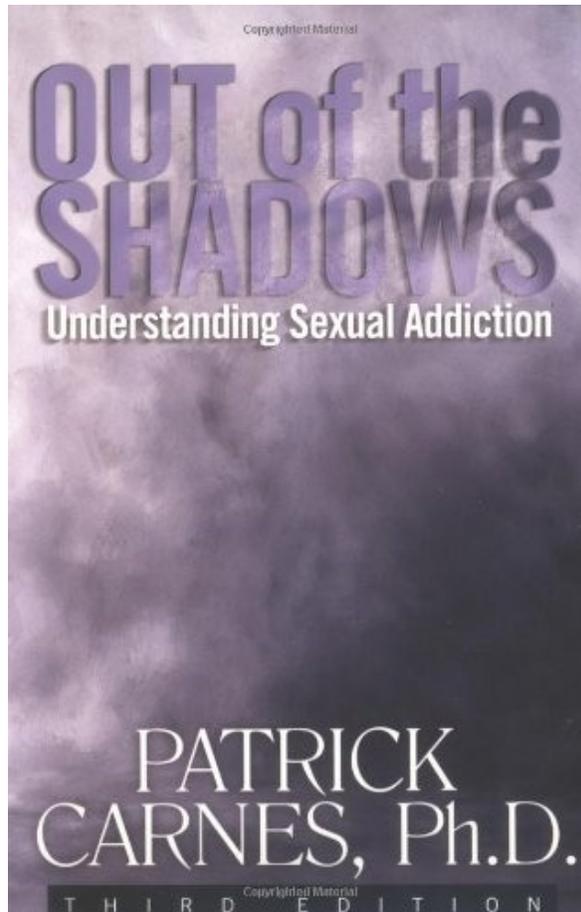
CHU de Nantes

Institut  
Fédératif des  
**Addictions  
Comportementales**



**CENTRE HOSPITALIER  
UNIVERSITAIRE DE NANTES**

# Historique



*British Journal of Addiction* (1990) 85, 1403–1408

## COMMENTARY

### Addiction: definition and implications

AVIEL GOODMAN, M.D.

*Minnesota Institute of Psychiatry, 1347 Summit Avenue, St Paul, MN 55105, USA*

#### Abstract

*Integration of addiction into the theory and practice of psychiatry has been hampered by the lack of a definition of addiction which is scientifically useful. A definition is proposed, with diagnostic criteria specified in a format similar to that of DSM-III-R. Essentially, addiction designates a process whereby a behavior, that can function both to produce pleasure and to provide escape from internal discomfort, is employed in a pattern characterized by (1) recurrent failure to control the behaviour (powerlessness) and (2) continuation of the behaviour despite significant negative consequences (unmanageability). Some practical and theoretical implications of this definition are then explored.*

#### Introduction

The prevalence of alcohol dependence is estimated at 13%,<sup>1</sup> and that of dependence on other psychoactive substances is probably around 5–7%. Pathological gambling has an estimated prevalence of 2–3%, and there are other behavioral syndromes not specifically identified in *The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*<sup>2</sup> (DSM-III-R) that have a prominent addictive component. It is clear that this group of disorders with addictive features affects a large segment of our population. Unfortunately, psychiatrists and psychologists have had less to do with these disorders than with other mental/behavioral disorders, in terms of both theory and therapy.

The concept of addiction has been criticized both within and outside the mental health disciplines on a number of grounds: often it is used without an attempt to define it; many proposed definitions are vague or imprecise, some being so all-inclusive as to leave the term devoid of pragmatic value; it has moralistic connotations which are inappropriate to scientific inquiry; it represents a way of understanding people, behaviour and the mind that is incompatible with a scientific approach; it adds no informa-

tion that is not already conveyed by a term or concept already accepted in the field. In the DSM-III-R, the word 'addiction' appears only once, in an example of Sexual Disorder Not Otherwise Specified, and it is not defined at all.

Meanwhile, the past 30 years have witnessed the development of a new field, with various definitions and manifestations, the central concern of which is addiction. Originating and evolving largely outside of the mental health establishment, addictionology and the related '12-step' programs have fostered significant changes in the lives of many, and virtually constitute a major cultural movement. The traditional distrust, lack of communication, and lack of cooperation between the psychiatry/psychology systems and the addictionology/12-step system have seriously impeded the development of more comprehensive, effective approaches to the understanding and treatment of addictive disorders and those who experience them. It is with the intention of providing a basis for the integration of these systems that this paper proceeds. The fulcrum of this integration is a definition of addiction which is scientifically useful.

1403

# ICD-11

International Classification of Diseases for  
Mortality and Morbidity Statistics

Eleventh Revision





## Croyances de l'addict sexuel

### *Représentations de soi*

- « Je suis fondamentalement méchant et indigne »
- « Dégradation et humiliation sont des traitements qui sont justifiés et que je mérite »

### *Représentations des relations aux autres*

- « Je ne suis ni aimé, ni aimable »
- « Personne ne peut s'intéresser à moi »
- « Personne ne mérite ma confiance... »



## Croyances de l'addict sexuel

### *Représentations des besoins*

- « Je ne peux compter sur personne pour m'aimer »
- « Mes besoins ne seront jamais satisfaits si je dois compter sur quelqu'un pour y parvenir »

### *Représentations de la sexualité*

- « La sexualité est mon besoin primordial »
- « Sexualité égale sécurité »
- « Sexualité égale affection »

## Structures cognitives communes



- Représentation négative de soi
- Croyances dans des besoins spécifiques
- Obsession ritualisée du comportement sexuel
- Recherche d'une relation de dépendance à l'autre
- Utilisation de l'autre comme objet

## Distorsions cognitives communes



- Pensée en tout ou rien
- Raisonnement émotionnel
- Inférence arbitraire
- Justification
- Minimisation ou maximisation
- Filtre mental
- Sur-généralisation
- Rationalisation
- Victimisation

# Thérapie cognitive et comportementale



- Réduire / supprimer le comportement addictif
- Renforcer les comportements adaptés
- En modifiant le système de pensée
- Outils :
  - Désensibilisation systématique
  - Exposition avec prévention de la réponse
  - Prescription de symptômes avec changements minimalistes
  - Gestion du stress
  - Technique de résolution de problèmes
  - Entraînement aux habilités sociales
  - Restructuration cognitive
  - Remodelage du fantasme

**« Il ne pense qu'à ça... »**

## **Intérêt de la restructuration cognitive en groupe pour les addicts sexuels**



# Le groupe de TCC

## *Le cadre*



- 10 séances
- 2 heures : 17h30 – 19h30
- Tous les lundis
- 2 thérapeutes
- Les règles :
  - Bienveillance
  - Confidentialité
  - Ponctualité
  - Une absence autorisée

# Le groupe de TCC

## *Approche transversale*

- Objectif : abstinence, reprise de contrôle
- Travail sur la motivation au changement
- Exercices inter-séances
- Identification et gestion des SAR
- Développement des activités de loisir
- Gestion du craving
- Restructuration cognitive
- Jeux de rôles
- Prévention de la rechute

## *Approche spécifique*

- Psychoéducation sexuelle :
  - Quid de la normalité ?
  - Quid des dysharmonies conjugales ?
- Modification des croyances erronées sur la sexualité, l'image de soi, la relation aux autres, les besoins sexuels
- Remodelage du fantasme (désensibilisation)

# Le groupe de TCC

## *Les facteurs de thérapie de groupe participant à la guérison*



- Universalité
- Altruisme
- Cohésion de groupe
- Socialisation
- Imitation
- Apprentissage interpersonnel

# La restructuration cognitive



- Situations à risques
- Pensées automatiques dysfonctionnelles
- Processus cognitifs inadaptés
- Alternatives pour lutter contre le cycle addictif
- Choix et reprise de contrôle



# La restructuration cognitive

## *Représentations de soi*

### **Pensées dysfonctionnelles**

1. Je ne vauds rien, je ne réussis rien dans la vie
2. Je suis incapable de trouver une partenaire sexuelle, toutes mes relations amoureuses sont des échecs
3. Les femmes recherchent les bons amants. Je dois être performant
4. Je dois être aimé de tout le monde

### **Pensées alternatives**

1. Il y a certains domaines de ma vie où j'ai réussi
2. Je ne dois pas confondre relation amoureuse et pratique sexuelle addictive
3. Je me mets la pression, les femmes n'attendent pas que ça et n'ont pas toutes les mêmes envies. La performance n'est pas l'unique ciment d'un couple.
4. Je n'ai pas besoin de plaire à tout le monde. On peut aussi apprécier certaines de mes qualités sans m'aimer.



# La restructuration cognitive

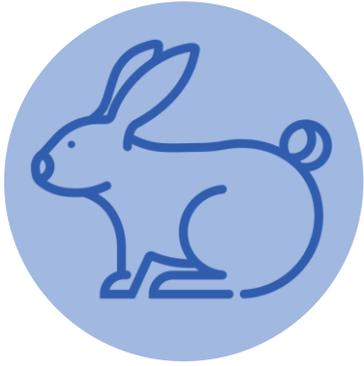
## *Représentations du partenaire*

### **Pensées dysfonctionnelles**

1. L'autre est un objet, que j'utilise pour me soulager immédiatement.
2. L'autre prive de liberté. J'abandonne tout à l'autre.
3. L'autre est un objet que je collectionne, de façon indifférenciée. Je n'arrive pas à choisir, je ne peux pas en laisser passer une. Le nombre me rassure.
4. L'autre ne me satisfait pas. Au moins, avec la masturbation, je suis sur de parvenir au plaisir, je maîtrise.

### **Pensées alternatives**

1. L'autre est une personne, qui a ses besoins et ses désirs, et avec qui je peux construire une relation
2. La rencontre avec l'autre n'est pas que contrainte. C'est un partage. Je peux m'engager sans avoir peur de me perdre ou de la perdre.
3. Choisir, c'est grandir. Etre adulte signifie assumer le risque de se tromper. C'est de cela que je peux être fier.
4. Etre en harmonie avec l'autre s'apprend, se cultive. Avec la masturbation compulsive, je ne contrôle rien, je n'ai plus de plaisir, je m'excite, c'est tout.



# La restructuration cognitive

## *Représentations de la sexualité*

### **Pensées dysfonctionnelles**

1. Les hommes ont des besoins sexuels très importants.
2. Je dois avoir des relations sexuelles avec de nombreuses femmes. Si je n'ai pas toujours d'érection, c'est parce que j'ai un trouble érectile.
3. Seul me masturber me calme. Ca me fait une petite pause quand je m'ennuie ou suis trop stressé.

### **Pensées alternatives**

1. Pas tous les hommes, et pas que les hommes. Certains peuvent vivre sans souffrir avec peu ou pas de sexualité.
2. Je ne dois pas confondre besoin et désir. Je n'ai rien à me prouver de ce point de vue là. Ma valeur ne réside pas dans le nombre de mes partenaires. Pour avoir une érection, je dois aussi désirer ma partenaire.
3. Je perds du temps. Je ne contrôle pas mes masturbations. Ce n'est pas une récompense.

## L'affirmation de soi

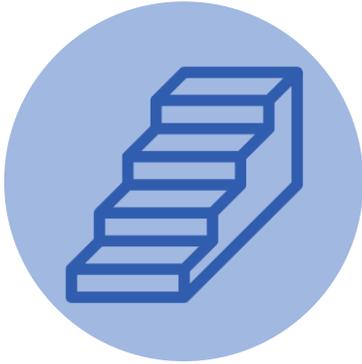


- Définir sa place vis-à-vis de l'Autre
- Groupe  $\approx$  micro-société
- Interaction entre participants
- Jeux de rôle
- Consistance de soi

## L'Autre autrement



- Se défaire des croyances
- Faire de l'Autre un être à part entière
- Apprendre à créer un lien affectif
- Au-delà de la satisfaction immédiate



# Le rétablissement

## Les six étapes du processus de rétablissement de l'addiction sexuelle (Carnes, 2000)

<b>Stade de la prise de conscience de la dépendance</b> ( <i>Developing Stage</i> )	2 ans	Le sujet prend progressivement conscience du problème.
<b>Stade de la décision</b> ( <i>Crisis/Decision Stage</i> )	1 journée à 3 mois	Un événement (découverte d'une maladie sexuellement transmissible, séparation avec le conjoint, etc.) provoque la crise.
<b>Stade de la confusion</b> ( <i>Shock Stage</i> )	6 à 8 mois	Période très éprouvante sur le plan émotionnel – désorientation, confusion, difficultés pour se concentrer, désespoir.
<b>Stade du deuil</b> ( <i>Grief Stage</i> )	6 mois	Prise de conscience des pertes liées à la dépendance sexuelle (travail, relations, enfants, temps, argent, etc.). Le sujet perd le réconfort que lui apportait la sexualité compulsive. Il sent petit à petit une douleur plus profonde liée à des abus dans l'enfance. Les souvenirs reviennent de plus en plus clairement. La souffrance est importante durant ce stade et le risque de rechute est élevé.
<b>Stade de la reconstruction</b> ( <i>Repair Stage</i> )	18 à 36 mois	Les dépendants sexuels qui ont réussi à combattre les difficultés des précédents stades vont évoluer de la douleur vers une restructuration interne profonde. Les valeurs et le système de croyances sur soi-même, sur le sexe et sur la famille sont repensés. C'est un changement de paradigme qui s'opère.
<b>Stade de la croissance</b> ( <i>Growth Stage</i> )	2 ans et plus	Les dépendants découvrent un équilibre nouveau dans leur vie et développent un plus grand sens d'eux-mêmes, ils deviennent disponibles pour les autres. Les relations interpersonnelles connaissent une période de renouveau.



## Pour les conjoints ou les proches

### *Comment faire face ?*

- « En une seconde tout s'est écroulé autour de moi j'étais anéanti »
- « Quand, comment, pourquoi, avec qui ? »
- « Comment j'ai pu être aveugle à ce point là ? »
- « Dois-je rester ou dois-je partir ? »
- « Je reste mais je me sens mal, j'ai peur qu'il rechute en permanence, je n'ai plus confiance »
- Séisme conjugal
- Inciter à demander l'aide d'un professionnel pour une prise en charge individuelle
- Temps d'éloignement ou de séparation
- Thérapie de couple
- Etablir un contrat de couple



**Merci de votre attention !**